

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 juillet 1896, à 1 heure

Par GEORGES MENDAILLES

Né à Cahors, le 18 mars 1871
Externe des hôpitaux.

DES

MASTITES PUERPÉRALES

ET DE LEUR TRAITEMENT

Président : M. DUPLAY, professeur.

Juges : MM. PANAS, professeur.

NÉLATON, {
HARTMANN, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1896

417

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 juillet 1896, à 1 heure

Par GEORGES MENDAILLES

Né à Cahors, le 18 mars 1871
Externe des hôpitaux.

DES

MASTITES PUERPÉRALES

ET DE LEUR TRAITEMENT

Président : M. DUPLAY, professeur.

Juges : MM. PANAS, professeur.

NÉLATON, {
HARTMANN, { *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N...
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ N...
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire : M. PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAUCONNIER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIÉRY.
ANDRÉ.	GILBERT.	NELATON.	THOINOT.
BAR.	GILLES DE LA TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	RETTERER.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

714
A M. LE DOCTEUR FÉLIZET

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL TENON
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DUPLAY

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

La grande fréquence des abcès du sein chez les jeunes accouchées a suscité depuis de longues années nombre de travaux destinés à élucider un point obscur d'étiologie, de pathogénie, de traitement. Au traitement des abcès du sein sera principalement consacré notre travail.

Nous parlerons uniquement des abcès puerpéraux, les ayant seuls observés ; mais si on se rapporte aux statistiques de Martin qui sur 150 cas de mastites en compte seulement 8 à 10 en dehors de la lactation, et de Winckel qui en compte 1 sur 50, on nous accordera que notre étude vise le traitement de toutes les mastites aiguës.

Dans une première partie, nous n'aurons garde d'oublier l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique des mastites puerpérales ; mais ce sera là une exposition que nous ferons rapide, car nous n'aurons guère à ajouter aux données classiques.

De l'étude de ces divers chapitres découleront des données sérieuses pour un traitement pathogénique qui sera l'objet de la deuxième partie, partie capitale de notre travail.

Ce sujet nous a été inspiré par notre excellent maître, le Dr Félizet. L'accueil, si franchement bienveillant que nous avons trouvé dans son service, l'enseignement qu'il nous a donné toujours en de brillantes et spirituelles cau-

series, les encouragements qu'il nous a prodigués dans des circonstances pénibles de notre vie, sont autant de titres à notre reconnaissance, nous ne l'oublierons jamais.

Que M. le D^r Moizard qui fut si peu de temps notre maître, mais auquel nous devons tout, nous permette de ne pas exprimer ici et fort mal les sentiments que son savoir et son grand cœur nous inspirent.

M. le D^r Barbier sait tout ce qu'il a fait pour nous. Son nom nous est cher à jamais.

M. les D^{rs} Moutard-Martin, Boissard, Budin, M. le professeur Fournier, nos maîtres dans les hôpitaux, ont droit à tous nos remerciements pour l'enseignement clinique qu'ils nous ont donné.

Nous n'oublions pas nos premiers maîtres de la Faculté de Toulouse et notre gratitude est acquise au D^r Meynard, aux professeurs Mossé et Crouzat.

Nous prions M. le professeur Duplay d'agréer l'expression de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Classification.

Enumérer les diverses classifications des abcès du sein serait besogne inutile et trop longue, car chaque auteur, écrivant sur la question, s'est fait un devoir de dresser une classification nouvelle.

Nous signalerons seulement celle du professeur Duplay qui consiste à diviser les abcès du sein en :

- 1° Abcès du mamelon et de l'aréole d'une part ;
- 2° Abcès de la région mammaire proprement dite, d'autre part.

Dans cette dernière classe il faudra distinguer :

- α) Des abcès superficiels ;
- β) Des abcès profonds, développés dans la couche celluloso-séreuse sous-mammaire ;
- γ) Des abcès de la couche glandulaire.

Ceux-ci sont les plus fréquents soit que l'inflammation se limite au tissu glandulaire — et dans ce cas on a de la galactophoro-mastite — soit que l'inflammation se propage au tissu inter et péri-mammaire — auquel cas on a un phlegmon du sein.

Les abcès de l'aréole et du mamelon, les abcès superficiels de la région mammaire sont faciles à dépister, fort bénins dans leur évolution et aboutissent après ouverture

à une guérison rapide. Leur histoire ne nous retiendra pas.

Quant aux abcès profonds, les abcès rétro-mammaires, nous n'avons aucune expérience à leur égard. Toutefois, en leur présence, nous userions du traitement applicable aux phlegmons du sein.

Il ne nous reste plus dès lors que les abcès de la couche glandulaire avec leurs deux formes : galactophoro-mastite et phlegmons du sein.

CHAPITRE II

Étiologie et pathogénie.

Un fait domine l'étiologie des abcès du sein : nous voulons dire la fréquence des crevasses, des gerçures du mamelon.

Winckel observe des crevasses dans 142 cas sur 350 cas de mastites, et Degli Occhi les observe 80 fois sur 80 (Cataliotti).

Marx, médecin américain, affirme constamment leur existence. Notre maître M. le D^r Boissard croit (*Semaine médicale*, 1894) qu'il existe presque toujours des crevasses, mais elles passent souvent inaperçues à cause de leur petitesse ou de leur situation dans les replis du mamelon.

Dans la suite, nous étudierons plus longuement leur influence.

A côté des crevasses viennent prendre place les banales et multiples causes occasionnelles et prédisposantes des abcès du sein : conformation vicieuse du mamelon, primiparité, froid, traumatisme, lésions antérieures du sein. Le rôle de ces facteurs a été autrefois diversement interprété. Aujourd'hui leur importance ancienne a considérablement diminué. Une étude pathogénique mieux conduite a relégué ces facteurs au second rang pour donner la prépondérance aux agents microbiens.

Les abcès du sein entrent en effet dans cette loi générale

qui veut que la formation d'un abcès nécessite, à de rares exceptions près, des agents microbiens, une porte d'entrée, un milieu favorable à la pullulation des micro-organismes.

Des microbes il y en a toujours.

Depuis les recherches de Bumm, Pianté, Cohn, Vignal, jusqu'aux recherches toutes récentes (février 1896) de Brindeau, tous les auteurs ont été unanimes à signaler leur présence.

Des observateurs — et c'est le plus grand nombre — trouvent exclusivement des staphylocoques blancs et dorés ; d'autres signalent le streptocoque (Vignal), un micrococcus (Bumm), des cocci isolés ou réunis 2 à 2 (Pianté). Dans une observation — curieuse à d'autres points de vue et dont nous aurons l'occasion de reparler — due à Sarfert, on ne peut isoler du pus de la mastite que des gonocoques. Notre ami Branca, interne des hôpitaux, a trouvé dans ses recherches une seule fois le streptocoque et dans 7 autres cas des staphylocoques.

La constatation de la présence des agents microbiens faite, il est intéressant de se demander quelle est leur origine, quel chemin ils suivent pour arriver jusqu'à la glande ; car de ces deux points bien déterminés, le traitement prophylactique découle nécessairement.

A priori et d'une façon générale, les microbes peuvent provenir de l'extérieur ou exister normalement dans la partie atteinte.

Existe-t-il des bacilles dans le lait des femmes accouchées saines ?

Cohn et Neumann, Palleske, Ringel, Honigman, etc.,

prouvent que le lait des femmes accouchées bien portantes contient des microbes, et ces microbes sont des staphylocoques blancs et dorés. Cohn et Neumann les mettent en évidence dans 43 faits sur 48 ; Palleske dans 10 faits sur 22.

Ces recherches sont en parfaite concordance avec les résultats donnés par l'examen du pus des mastites.

Mais en 1894, une note discordante se trouve dans la thèse de Genoud, de Lyon.

Le mamelon et la dernière portion des canaux galactophores sont toujours chargés de staphylocoques. Or rien n'est aussi difficile à obtenir que l'asepsie complète de ces régions. Que faisaient les expérimentateurs précédents pour éviter cette cause d'erreur ? Un simple lavage du mamelon et de l'aréole tout à fait insuffisant. Dès lors, Genoud cherche une méthode permettant d'obtenir l'asepsie du mamelon ; puis en possession de cette méthode il expérimente et ne trouve jamais de microbes dans le lait. La conclusion est que « si l'on a trouvé des staphylocoques » dans le lait ou colostrum des femmes bien portantes, » leur présence est due à une contamination périphérique » au niveau du mamelon ou de l'extrémité des conduits » galactophores insuffisamment aseptisés ».

En 1895, Charrin reprend les expériences, s'entoure de toutes les précautions nécessaires et il constate l'existence de staphylocoques dans le lait des femmes accouchées bien portantes.

Nous pouvons donc conclure que la présence des staphylocoques dans le lait est un fait acquis et normal. C'est là, dit Charrin, un nouveau cas de microbisme latent. Qu'une

cause occasionnelle survienne et cet agent préexistant se manifestera. Ainsi Galippe a vu des pressions un peu vives produire, sans déchirure des téguments, l'apparition d'abcès. Berthus, cité par Guerra, a fait pareille observation.

Les agents microbiens viennent de l'extérieur. Les sources en sont multiples et relèvent des deux mécanismes de l'auto et de l'hétéro-infection.

L'auto-infection : la mère avec son linge, ses mains mal-propres s'inocule. Sans doute les lochies d'une accouchée saine ne contiennent pas de micro-organismes d'après les recherches de Samschin et d'Artemieff, mais vient l'infection et les possibilités d'une inoculation sont fortement accrues si tous les soins de propreté ne sont pas rigoureusement mis en œuvre. Nous rappellerons l'observation de Sarfert. Étonné de trouver des gonocoques comme agents pathogènes exclusifs d'abcès du sein, cet auteur examine les sécrétions vaginales de la malade et y décèle aussi la présence de gonocoques. Or la patiente se souvient nettement d'avoir donné souvent à téter à son enfant, et par suite d'avoir touché à ses seins, aussitôt après avoir fait sa toilette vaginale, et ce sans laver consécutivement ses mains. L'inoculation directe, l'auto-infection est ici de toute évidence.

L'hétéro-infection dépend et de l'enfant et de l'entourage de la parturiente.

Que l'enfant ait une ophtalmie purulente et le sein mal protégé s'infectera pendant les tétées. Mais il faut surtout incriminer la bouche du nourrisson avec les nombreux micro-organismes qui en ont fait leur habitat normal, avec les micro-organismes provenant d'un abcès formé au voi-

sinage de cette cavité (observat. de Legry, *Progrès médical*). Rossi cité par Guerra affirme dans tous les cas de crevasses du mamelon — cas favorables à la production d'un abcès — l'existence d'inflammation ou d'ulcérations dans la bouche de l'enfant.

Cette opinion nous paraît exagérée ; car s'il est vrai que la bouche du nourrisson peut infecter le mamelon, la réciproque n'est pas moins réelle et Rossi ne nous semble pas avoir fait de façon suffisante la part de ces deux cas.

L'hétéro-infection par un entourage peu soucieux d'une bonne aseptie s'explique d'elle-même.

Demandons-nous maintenant le chemin suivi par ces micro-organismes, dont la provenance nous est connue, pour arriver dans la couche glandulaire.

Trois voies sont ouvertes : les voies sanguine, lymphatique, excrétoire ou canaliculaire.

L'infection par la voie sanguine est rare. Sans doute c'est de ce mécanisme que dépendent les cas d'abcès envahissant la totalité de la glande, cas graves s'il en fût. Mais parfois, comme dans l'observation de Brindeau, la mère s'est infectée par les organes génitaux ; le staphylocoque — agent de l'infection — passe dans le lait, va infecter l'enfant, et ne se localise nullement au niveau des seins.

Restent la voie lymphatique et la voie canaliculaire.

Aujourd'hui la théorie de la propagation de l'infection par les lymphatiques dans les abcès du sein semble définitivement ruinée. Depuis longtemps déjà M. le professeur Duplay s'est fait le champion de la théorie de l'infection par la voie canaliculaire. Inutile de rappeler les arguments apportés à l'appui de sa thèse.

La connaissance de la pathogénie générale de l'infection des glandes ayant un canal excréteur est venue confirmer cette opinion. Nous savons indubitablement que l'infection du rein, du foie, de la parotide, de la sous-maxillaire se fait d'une manière ascendante par les canaux excréteurs de ces divers organes, uretères, canaux biliaires, canal de Sténon, canal de Wharton. Pourquoi la mamelle, la glande mammaire, ferait-elle exception à cette loi générale de l'infection ascendante ?

Mais la présence des microbes dans les canaux galactophores, dans le fait, ne suffit pas à la formation d'un abcès ; il faut encore des conditions favorables à la pullulation de ces microbes.

Ici interviennent les crevasses pour jouer un grand rôle. Damourette s'exprime ainsi : « Ces microbes — staphylocoques — qui ne sont pas nuisibles sur une mamelle saine, pullulent sur une mamelle présentant une fissure, augmentent de virulence et peuvent déterminer de la galactophorite ». Sans doute, les fissures sont d'excellentes positions pour la pullulation des microbes, là ces agents peuvent tout à leur aise exalter leur virulence, mais que deviennent les cas dans lesquels il n'existe pas au préalable de fissures ? Ces cas sont rares, nous l'accordons, toutefois ils entrent nécessairement en ligne de compte et ils demandent à être expliqués. Les auteurs sont muets à ce sujet.

Pour nous il existe un autre facteur dont il faut se préoccuper, nous voulons dire la stase du lait.

Reportons-nous à l'infection rénale d'origine ascendante. Suffit-il qu'il y ait une vessie infectée, une vessie où les

microbes pullulent à loisir, pour que le rein se prenne à son tour ? Il faut, et c'est la condition indispensable, que la vessie se vide mal, il faut qu'il y ait stagnation de l'urine. Et ce fait est tellement vrai que l'évacuation répétée d'une vessie infectée recule à une époque indéterminée le jour où l'infection rénale se produira.

Passons à l'infection hépatique par les canaux biliaires. Ici encore le plus souvent le microbe ne suffit pas, il faut la stagnation du liquide excrété, la rétention de la bile.

Or la mamelle est une glande comme le foie, comme le rein et pourquoi le microbe suffirait-il toujours — même exalté dans sa virulence par son séjour dans les fissures — à produire un abcès ? Dans la mamelle comme dans le foie, la stagnation du liquide excrété sera le plus souvent nécessaire, indispensable. Non pas que nous voulions reprendre en entier la théorie de l'engorgement laiteux qui ne tenait nul compte de l'agent microbien ; mais le rôle de la stase laiteuse nous paraît plus important qu'il ne ressort de la lecture des traités classiques.

Pour nous le microbe et la stagnation du lait sont les deux causes vraiment efficaces des abcès du sein ; isolés, chacun de ces deux facteurs perd de son importance ; réunis ils s'influencent réciproquement, augmentent comme en un cercle vicieux leur action nocive. Ainsi l'infection canaliculaire de la glande mammaire se trouve soumise aux lois qui régissent l'infection canaliculaire des autres glandes de l'économie.

Cataliotti, Arbel signalent un autre mode d'infection de la glande mammaire. Grâce à une crevasse du mamelon l'infection lymphatique se produit, se propage au tissu in-

ter et péri-mammaire, puis gagnant de proche en proche arrive enfin à produire de la galactophoro-mastite. Certes on ne peut nier systématiquement ce mode d'infection. Budin n'a-t-il pas d'ailleurs signalé deux cas dans lesquels il a vu survenir de la lymphangite superficielle avec trainées rouges sur la peau, engorgement des ganglions axillaires, puis quelques jours plus tard de la galactophorite et de la mastite ?

Toutefois on peut affirmer que si ce processus infectieux existe, il doit être fort rare.

L'infection canaliculaire réalisée nous sommes en présence de la galactophorite (Budin) ou mieux, ainsi que le fait remarquer Delbet, de la galactophoro-mastite. Que le diagnostic ne soit pas porté à temps et que le traitement par l'expression de Budin ne réussisse pas, l'inflammation se propage fatalement au tissu cellulaire inter et péri-mammaire, on a un abcès, un phlegmon du sein.

Comment se fait la propagation de l'inflammation ? Est-ce par l'ulcération des canaux galactophores, des acini glandulaires ; est-ce par l'intermédiaire des lymphatiques de la glande ?

Il est probable que les deux processus existent ; mais nous ignorons lequel est le plus fréquent.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique (1).

Les lésions anatomo-pathologiques de l'abcès du sein sont probablement de types variés. Le mode d'infection, la nature de l'agent pyogène doivent jouer un rôle capital, tant dans la morphologie des altérations de la mamelle que dans leur évolution.

Malheureusement les formes de l'abcès du sein n'ont pas encore été étudiées à ce point de vue et si nous avons quelques renseignements sur l'abcès classique d'origine canaliculaire, nous ne savons rien ou à peu près rien des abcès d'origine sanguine ou lymphatique qui peuvent envahir secondairement le parenchyme mammaire et le détruire.

L'abcès banal d'origine canaliculaire siège le plus souvent à droite, affirme Deiss, le plus souvent à gauche disent au contraire Winckel et Kœhler. Mais le fait même de la discordance des diverses statistiques montre assez le peu d'importance qu'a dans l'espèce la localisation droite ou gauche de la suppuration. D'ailleurs il est démontré aujourd'hui qu'un cinquième des abcès du sein sont bilatéraux. Delbet additionnant une série de statistiques a trouvé 97 mastites bilatérales sur un total de 559 cas.

(1) Pour la rédaction de ce chapitre, j'ai fait appel aux connaissances de mon ami A. Branca, interne des hôpitaux ; les dessins ont également été dessinés par lui. Une fois de plus, qu'il reçoive tous nos remerciements.

Ce qui est autrement important, c'est de connaître le siège de l'abcès dans la glande. L'abcès prend naissance dans un des lobes de la mamelle et de préférence dans un des lobes externes et inférieurs.

Suivons l'évolution de l'abcès dans un cas simple où le foyer de la suppuration est unique.

Les phénomènes anatomiques sont au sein ce qu'ils sont ailleurs : la glande s'infecte ; puis la suppuration s'établit. Le pus se collecte peu à peu jusqu'au jour où il s'évacue ; dès lors la réparation des tissus n'a plus qu'à se faire.

Ce sont là les diverses périodes de l'abcès, périodes qui peuvent exister simultanément pour les portions différentes d'un même abcès.

Période d'infection. — L'infection se fait par voie canaliculaire. Elle doit être fréquemment précédée de phénomènes de rétention, et dans ce cas le lait contenu dans une poche lisse et régulière ne tarde pas à fermenter.

Les lésions anatomiques de cette période sont à peine indiquées dans les auteurs. Le conduit galactophore subit-il des modifications primordiales de structure, comme Budin semble l'avoir cru en créant le mot de galactophorite ? Ne serait-il pas plutôt qu'un simple organe de transmission et la vraie lésion du début ne serait-elle pas une *acinite* au lieu d'être une *canaliculite* ?

Ce sont là points encore mal élucidés.

En tout cas les lésions capitales de la période de suppuration se trouvent localisées principalement dans les parties profondes de la glande.

Période de suppuration. — Le lait a fermenté. La lactose s'est transformée en acide butyrique et en acide lac-

tique ; la caséine coagulée dans la cavité de l'acinus forme un réseau dont les mailles emprisonnent les agents pyogènes.

La paroi de l'acinus subit de profondes modifications. Formée d'éléments épithéliaux hautement différenciés, elle n'a qu'une aptitude réactionnelle très limitée. En présence d'une infection aiguë elle se détruit rapidement ; ses cellules se gonflent ; leur noyau devient de moins en moins colorable jusqu'au jour où la cellule dégénérée tombe en mourant dans la cavité de l'acinus et disparaît.

Des fragments, bien fixés par la liqueur forte de Flemming, lavés 24 heures, puis plongés dans des alcools de plus en plus forts, enfin pénétrés par l'essence de cèdre et inclus dans la paraffine nous ont permis, après coloration par les procédés d'usage, d'étudier la marche des lésions.

Le lobule entouré de sa gaine conjonctive est formé d'acini. Une couche de tissu conjonctif *extrêmement réduite* unit et sépare ces acini qui apparaissent sous la forme de cercles plus ou moins réguliers. De ces acini les uns ont encore leur revêtement intact ; sur d'autres le revêtement s'est en partie desquamé, la couronne épithéliale est incomplète ; d'autres encore n'ont plus trace d'éléments sécréteurs ; ce sont de simples lacunes.

La cavité de ces acini est tantôt vide, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, comblée par des cellules qui parfois peuvent être reconnues pour des leucocytes ou de l'épithélium mammaire et qui plus souvent encore sont méconnaissables : on se trouve en présence de globules de pus

volumineux, arrondis, avec ou sans noyaux, isolés ou juxtaposés.

Enfin une infiltration embryonnaire de plus en plus considérable se localise à la périphérie des acini.

A ce premier stade où l'architecture du lobule est conservée en succède un autre où toute systématisation disparaît : un tissu semblable au tissu de granulation occupe la place de l'ancien lobule. Il est formé par des leucocytes, caractérisés par leurs noyaux réniformes, et par des cellules fixes ramenées à l'état embryonnaire. Entre ces élé-

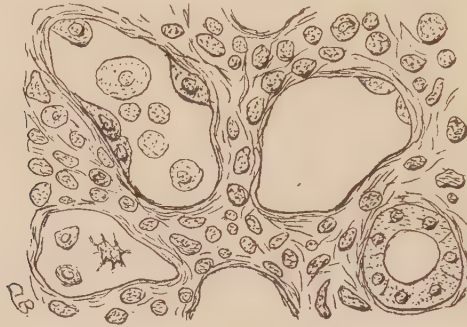


FIG. 1. — 3 acini. — Sur l'un l'épithélium forme un revêtement complet ; mais déjà le protoplasma des cellules tend à se fusionner. Sur les deux autres la desquamation est partielle ; deux cellules n'ont plus de noyau colorable. La desquamation est totale sur un dernier acinus. Les cavités des culs-de-sac glandulaires sont comblées de globules purulents, de cellules lymphatiques. Infiltration embryonnaire péri-acineuse.

ments s'interposent les rares fibrilles conjonctives qui n'ont pas encore disparu au cours du processus inflammatoire.

Dès lors les cloisons interlobulaires sont abordées par des bactéries et par des éléments embryonnaires ; ces cloi-

sons se fragmentent, se détruisent. « A la place d'un lobule glandulaire se forme un abcès miliaire » (Delbet); cet abcès est constitué par un noyau de tissu dégénéré, qui se teinte uniformément par les réactifs et ne fixe plus avec élection les réactifs nucléaires. Ajoutons qu'au voisinage de l'abcès, la graisse n'a pas toujours disparu, comme le montrent fréquemment les préparations fixées par l'acide osmique, et très souvent on note une infiltration embryonnaire très marquée autour de la cellule adipeuse.

Les lésions des acini ne sont pas les seules que l'on relève à ce moment. Les conduits excréteurs du lobule sont intéressés; leur cavité peut être encombrée d'éléments semblables à ceux qui remplissaient la cavité de l'acinus. Leur paroi est formée d'un rang de cellules cubiques, ici nettement individualisées avec leur noyau, là fusionnées de telle sorte qu'il semble qu'on ait sous les yeux une lame de protoplasma parsemé de noyaux. Par endroits, l'épithélium est en voie de dégénérescence, les noyaux ne se colorent plus.

Le protoplasma des cellules se confond presque complètement avec les éléments qui remplissent la lumière du canal. Ajoutons qu'entre l'épithélium et la paroi conjonctive on peut trouver, infiltrées, des cellules embryonnaires.

Les artères sont parfois entourées d'un manchon de cellules embryonnaires; leur endothélium est gonflé, son noyau saille fortement dans la lumière du vaisseau que remplissent des hématies et des leucocytes plus nombreux qu'à l'état normal. Notons en passant la grande résistance de ces vaisseaux à l'infection; le sang y circule encore li-

brement alors que le vaisseau se trouve plongé dans des tissus ramenés par la suppuration à l'état embryonnaire.

Nous avons trouvé des veines thrombosées. Le thrombus

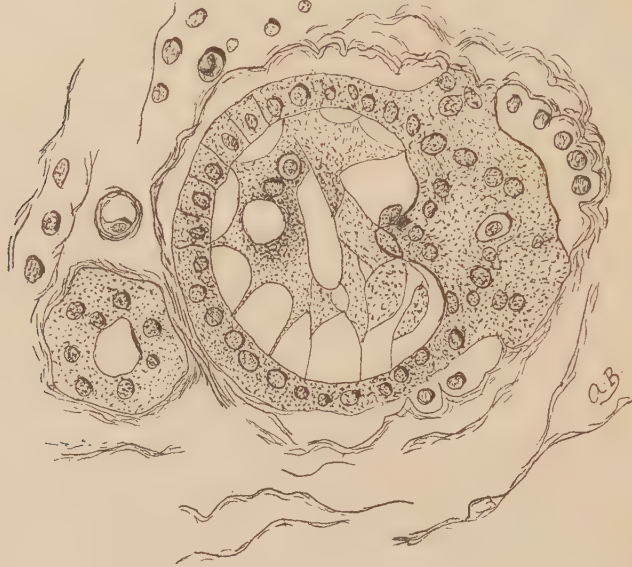


FIG. 2. — Un canal excréteur. — Les cellules ont presque sur tout le pourtour du tube perdu leur individualité. Elles ne sont nettement distinctes que dans le segment supérieur et gauche de la figure. A l'extrémité opposée du diamètre qui passe par ce segment les cellules sont en voie de fonte nécrosique et se confondent avec l'exsudat granuleux, parsemé de noyaux, qui emplit presque complètement le tube. Infiltration de cellules embryonnaires entre la paroi conjonctive du canal et l'épithélium de revêtement, aussi bien qu'en dehors de cette paroi.

adhère à la paroi et englobe des hématies, des leucocytes en dégénérescence et des granulations.

Quant aux voies lymphatiques et aux ganglions, on sait qu'ils ne sont qu'exceptionnellement pris ; leurs lésions sont probablement des lésions banales d'infection, mais nous n'avons aucune expérience à ce sujet.

Pus collecté. — Lorsque les foyers purulents que nous avons vus se former dans un même lobe se réunissent, le lobe mammaire est détruit, une caverne purulente a pris sa place.

Cette caverne est irrégulière, anfractueuse. Elle est formée de cavités juxtaposées, intercommunicantes. Chaque loge représente un foyer ou un groupe de foyers purulents; les cloisons flottantes qui les séparent sont les restes du tissu conjonctif interlobulaire.

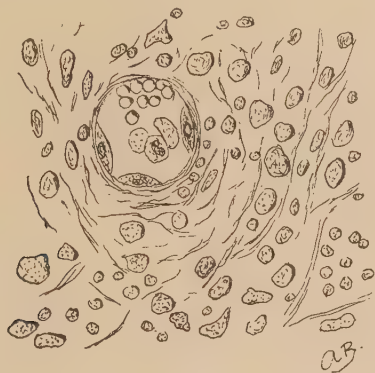


FIG. 3. — Un vaisseau. — Tuméfaction de l'endothélium; autour de ce vaisseau des cellules de taille et de type divers; ce sont ces cellules qui se sont substituées aux acini des lobules *mammaires* et vont subir la fonte purulente.

A ce moment l'abcès du sein se trouve formé d'une paroi granuleuse et d'une cavité cloisonnée par des lambeaux conjonctifs.

L'évolution ultérieure de cet abcès est des plus simples. Les cloisons se détruisent. A l'abcès aérolaire se substitue une poche lisse, régulière, le plus souvent unique, mais il n'est pas rare de trouver encore des foyers multiples alors que la peau tendue va s'ulcérer pour évacuer la collection purulente.

D'ordinaire l'abcès s'ouvre à la peau ; mais le pus peut fuser en d'autres lieux. Tantôt il s'accumule sous les téguments (abcès sous-cutanés), tantôt il s'insinue dans le tissu conjonctif rétro-mammaire, il décolle alors largement les muscles pectoraux. Parfois enfin il s'étale en avant et en arrière de la glande et la nappe sous-cutanée communique avec la nappe sous-glandulaire par un couloir creusé dans le sein. Cette évolution se réalise quand les fosses adipeuses de Duret se prolongent à travers la mamelle jusqu'à la couche adipeuse rétro-mammaire.

A côté de l'abcès unique que nous avons pris pour type de description il faut ranger les abcès multiples. Ces abcès sont simultanés ou successifs ; ils demeurent indépendants ou finissent par se fusionner.

Parfois le même sein est simultanément porteur d'abcès multiples. Dans ce cas les foyers suppurés sont indépendants ; ils sont disséminés au hasard dans la mamelle au lieu d'être systématiquement échelonnés à la file dans une trainée de tissu conjonctif ou sur le trajet d'un vaisseau lymphatique.

Parfois aussi on assiste à l'évolution d'abcès successifs apparaissant en un temps très court et en nombre quelquefois considérable. Velpeau a vu se produire trente abcès en deux mois sur un même sein. Or la mamelle ne compte guère que 18 à 20 lobes, il est donc possible que ces abcès occupaient seulement des lobules glandulaires ou même à la fois le parenchyme et le tissu conjonctif de soutien. Enfin notons que les abcès, nés isolément, peuvent demeurer isolés ; le sein transformé en éponge purulente présente de toutes parts des orifices qui laissent suinter du pus, du

lait, et livrent parfois passage à des gaz dont l'existence a dans quelques cas été constatée avant l'ouverture de l'abcès.

Disons enfin que les abcès peuvent s'ouvrir les uns dans les autres à une époque variable de leur évolution.

Évolution ultérieure. — Une fois évacué, l'abcès tend à se fermer, ses parois végétent, des bourgeons charnus se développent, se fusionnent, l'ancienne cavité se rétrécit chaque jour, elle finit par se combler. Que l'épidermisation se fasse à la surface du tissu de granulation qui occupe l'ancien orifice de l'abcès, la cicatrisation est parfaite, la guérison obtenue.

Mais il n'en est pas toujours ainsi.

L'abcès traîne en longueur; des fistules peuvent s'établir, parfois interminables. Les unes sont de simples fistules purulentes; d'autres livrent passage à du lait; ces dernières se produisent quand un sinus ou un canal galactophore a été intéressé par la suppuration ou par l'intervention thérapeutique.

Alors même qu'on n'a pas à redouter pareille complication, l'abcès du sein guéri laisse parfois après lui des altérations profondes de la glande. Sans compter le cancer qu'elle précède parfois et qu'elle prépare, comme on l'a répété, la mastite aiguë laisse souvent après elle des noyaux indurés de mastite chronique qui peuvent créer plus tard des difficultés de diagnostic.

L'abcès s'est-il ouvert par le mamelon, celui-ci peut rester à jamais déformé du fait de rétractions cicatricielles. Il y aura là une entrave à tout allaitement extérieur.

Mais cet allaitement est-il possible? Toutes les fois qu'une « partie notable de la glande a été détruite par la

» suppuration, la quantité de lait sécrété peut être fortement diminuée et la mamelle devient impropre à la lactation pour les accouchements ultérieurs » (Delbet). C'est là la doctrine classique. En réalité, il semble bien que la mamelle en partie détruite après un abcès volumineux, puisse cependant récupérer sa fonction. M. Félizet a observé le fait à plusieurs reprises et les expériences déjà anciennes de M. de Sinéty ont montré que dans certaines circonstances la mamelle était capable de se régénérer même après ablation complète (chez les rongeurs).

En résumé, nous nous trouvons en présence le plus souvent d'un processus tronculaire, ascendant, d'ordre infectieux. Les lésions primordiales portent sur les épithéliums sécréteurs plus encore que sur le revêtement des tubes excréteurs. Ces lésions d'abord bien localisées ne tardent pas à s'étendre et à se propager au tissu conjonctif. Le lobule est détruit. Un lobe entier de l'organe peut même être frappé de nécrose.

Nous ne terminerons pas ce chapitre sans rattacher les galactophoro-mastites à l'histoire des infections canaliculaires. Qu'il s'agisse du foie, du rein, des glandes salivaires, les processus anatomo-pathologiques ne sont pas sans de profondes analogies (lésions systématiques puis diffuses ; abcès ; fistules ; destructions plus ou moins complètes de la glande) et la seule différence qu'on peut relever tient à la structure même de la mamelle : l'abcès y est souvent unique, nettement lobaire. Aussi ses conséquences seront-elles moins néfastes pour le fonctionnement ultérieur de l'organe, d'autant plus que l'organe est de ceux qui n'entrent en jeu qu'à des intervalles relativement éloignés et pour des temps relativement courts.

CHAPITRE IV

Symptômes.

L'étude des symptômes devra nous fournir la connaissance des éléments nécessaires à la distinction de la galactophoro-mastite et du phlegmon du sein. De l'exposé qui va suivre il résultera que le signe pathognomonique permettant de différencier ces deux affections est encore à trouver.

A quelle époque et par quelles manifestations débute la galactophoro-mastite ?

La majorité des auteurs s'accorde à fixer comme période la plus favorable à son apparition l'époque allant du 5^e au 15^e jour après l'accouchement.

Davis donne comme limites extrêmes le 5^e et le 30^e jour. Sarfert, sans citer un chiffre précis, insiste sur ce point que d'ordinaire les mastites puerpérales débutent au moment où l'accouchée n'a déjà plus besoin des soins de l'accoucheur. C'est là d'ailleurs une notion bien élastique, mais, avouons-le, il est bien difficile de déterminer l'époque d'apparition de cette maladie, car les auteurs ne s'accordent pas sur ses symptômes initiaux.

Pour les uns, une étude attentive de la température permettra de déceler, par son ascension vespérale, l'existence de la galactophorite. Pour d'autres, au contraire, l'éléva-

tion de la température peut manquer pendant les 24 à 36 premières heures.

Quoi qu'il en soit, le début est très insidieux et ce n'est que par un examen constant et bien mené des femmes accouchées que l'on peut faire un diagnostic.

Parfois la douleur précède tous les symptômes. La mamelle est le siège d'une douleur, d'une pesanteur spéciale. Peu après la température s'élève à 38°5, 39°. Remarquons, en passant, que d'une manière générale la température reste peu élevée, il est rare de la voir dépasser 39°.

La douleur s'est progressivement accrue ; et les mouvements actifs ou communiqués du bras du côté atteint, les pressions même légères sur le sein produisent une douleur exquise. Il suffit, pour s'en rendre compte, de voir avec quelle infinie précaution les femmes à examiner sortent leur mamelle du corsage ; et encore ne réussissent-elles pas toujours à étouffer des cris plaintifs !

Dès ce moment, nous pouvons opposer ce début insidieux de la galactophorite au début dramatique, avec frissons, élévation considérable de température, qu'il est habituel de constater dans les lymphangites ; et ce fait pourrait, s'il était encore nécessaire, nous fournir un argument à la théorie de l'infection par la voie canaliculaire.

L'inspection de la partie atteinte permet de constater une tuméfaction plus ou moins considérable de la région, dont le siège est variable. La peau présente d'ordinaire une coloration normale, les ganglions axillaires ne sont pas pris, tous faits qui concordent avec l'infection par la voie excrétoire. Toutefois la lymphangite peut précéder ; coexister et suivre la galactophorite (Budin). Nous consta-

terons alors de la rougeur de la peau, de l'adénite axillaire ; mais ce sont là signes de lymphangite ; il ne faut pas l'oublier.

« La palpation permet de reconnaître au début dans un lobe de la glande le plus souvent en dehors et en bas, une résistance diffuse ; bientôt on distingue une sorte de nodosité formée par la réunion d'une série de petits grains, puis une véritable tumeur due à leur confluence plus intime. La tumeur ainsi constituée est globuleuse, du volume d'une noix, d'un petit œuf, d'une mandarine ; elle est très douloureuse spontanément et à la pression ; sa surface est mamelonnée, ses contours sont peu nets, comme diffus ; elle n'adhère pas à la peau, mais elle est enchâssée dans la glande et l'on ne peut la mouvoir sans elle » (DELBET).

Enfin, fait capital, si l'on presse sur le mamelon on fait sourdre du pus mélangé au lait. Boissard résume ainsi les caractères qui feront reconnaître certainement la présence du pus :

1° « Sa couleur d'un jaune moins éclatant (que celle du lait) plus verdâtre » ;

2° « Sa consistance plus grande et plus homogène » ;

3° « Sa manière d'imbiber l'ouate : le lait y pénètre plus vite et à la fois plus profondément ; le pus y reste plus superficiellement comme en relief et pénètre moins et moins vite » ;

4° « Sa manière de quitter le mamelon : le lait, à mesure qu'il sort, coule entraîné par sa fluidité ; le pus s'accumule d'abord à l'orifice du conduit, puis, seulement lorsque la masse est suffisante, tombe entraîné par son propre poids.

Il est un signe important dans l'étude des symptômes de

la galactophorite et ce signe doit être cherché chez l'enfant allaité. Voici comment Boissard s'exprime à ce sujet :

« Il est pour moi un signe d'une importance capitale qui doit *forcer l'attention* et motiver l'examen minutieux des seins, je veux parler de la façon dont le nourrisson allaité par la mère atteinte de galactophorite va se comporter ; l'examen quotidien des pesées va nous renseigner à cet effet : c'est souvent dans les cas de galactophorite peu accentuée, sans phénomènes généraux, le premier signe qui va appeler l'attention et déceler la maladie.

Le nourrisson, en effet, qui a avalé du pus, fût-ce une minime quantité, va présenter immédiatement une chute, une descente dans son poids ; cette chute peut dépasser 100 grammes dans les 24 heures ; mais il y a plus. Malgré le traitement la perte de poids continue et s'accroît chaque jour si bien qu'au bout de 3 à 4 jours, ces enfants infectés après avoir avalé du pus perdront 300, 400 grammes et même davantage ».

Tout commentaire est inutile pour insister sur l'importance d'une pareille observation.

A côté de ces phénomènes locaux, les phénomènes généraux sont peu importants : une légère agitation, de l'anorexie, de l'insomnie, peu ou pas de frissons et c'est tout. Parfois cependant ces phénomènes se manifestent plus graves et le diagnostic de péritonite post-puerpérale a quelquefois été discuté. Peu après, la localisation mammaire tranche la difficulté.

Nous voici donc en présence d'une galactophoro-mastite suivie pas à pas depuis son éclosion. Pour une raison ou pour une autre, la maladie évolue.

Le pus se collecte, la fluctuation, tout d'abord difficile à percevoir, devient manifeste, se rapproche de la superficie. La peau se prend, rougit, puis progressivement s'amincit et se perfore pour donner issue au pus. Au lieu de fuser dans le tissu cellulaire interlobulaire, le pus peut fuser dans le tissu cellulaire profond. Le phlegmon rétro-mammaire se trouve constitué.

CHAPITRE V

Marche. — Pronostic.

La marche suraiguë ne s'observe guère dans les mastites puerpérales. Ce sont les formes aiguës et subaiguës qui dominent.

L'infection canaliculaire réalisée, l'inflammation peut rester localisée aux conduits galactophores et aux acini, par suite de l'heureuse influence du traitement de Chassaignac.

Neuf fois sur dix avec un diagnostic précoce on obtient la guérison par ce traitement.

Epreuve-t-on un échec, l'abcès, le phlegmon du sein prend naissance et comme tout abcès il s'ouvre à l'extérieur et donne naissance à une fistule fort longue à guérir. Que les abcès soient multiples, les fistules seront multiples aussi, on aura un sein en « pomme d'arrosoir ».

La glande par suite d'une suppuration prolongée disparaît, s'élimine à peu près entièrement ; et ainsi la lactation future est plus ou moins compromise.

Si le pus a fusé dans la couche cellulaire rétro-mammaire, une propagation à la plèvre est toujours à redouter.

Enfin « la mastite puerpérale prédisposerait dans une certaine mesure au développement ultérieur du cancer » (DELBET).

Le pronostic sera bénin dans les cas de galactophorite,

pour la mère, grave pour l'enfant si on ne suspend pas l'allaitement par le sein malade. Le nourrisson déglutira du pus, s'infectera et pourra mourir.

Dans les cas de phlegmon le pronostic devra toujours être fort réservé, surtout si les abcès sont multiples, soit qu'ils existent simultanément, soit qu'ils se produisent successivement. Enfin parfois le pronostic sera grave, dans les cas de propagation à la plèvre, et même on pourra observer la mort par septicémie (observation de Desprez).

CHAPITRE VI

Diagnostic.

« Au début on peut être embarrassé pour distinguer le simple engorgement laiteux de la mastite. C'est la fièvre qui doit faire le diagnostic » (Delbet). Gardner, dans des recherches sérieusement menées a démontré péremptoirement qu'il n'existe pas de fièvre de lait.

« La rougeur de la peau, le gonflement superficiel, l'adénite axillaire, la rapidité de la marche caractérisent la lymphangite et les abcès sous-cutanés » (Delbet).

D'autre part, si on a suivi la malade et que l'on ait assisté à l'apparition de la douleur dans le sein, à l'élévation de la température, à l'issue du pus hors du mamelon, le diagnostic de galactophorite s'impose.

Il est non moins certain que le chirurgien, en présence d'un phlegmon du sein type, ne sera guère hésitant pour porter un diagnostic ferme.

Mais où finit la galactophoro-mastite, où commence le phlegmon du sein ? Dans ces cas que l'on peut appeler cas limites, les difficultés sont presque insurmontables.

Au début de l'étude des abcès du sein, l'écoulement du pus par le mamelon avait été donné comme un signe pathognomonique de la galactophorite. Or il peut très bien se faire et il arrive que le pus collecté dans le tissu cellulaire inter-mammaire s'écoule par les canaux galactopho-

res grâce à l'ulcération de ces derniers. S'il y a lymphangite, rougeur de la peau, le doute sur l'origine première du pus est encore mieux justifié.

La quantité du pus qui sortira par l'expression du mamelon nous fournira-t-elle un signe de quelque valeur ? Cataliotti et Arbel ne s'entendent pas à ce sujet et tandis que le premier n'hésite pas à étiqueter galactophorite un cas où il obtient par l'expression du sein trois à quatre cuillerées à soupe de pus, le deuxième constate l'existence permanente de la lymphangite — et par suite ce n'est plus de la galactophorite pure — chaque fois qu'il a obtenu 2 à 3 cuillerées à café de pus par l'expression de la mamelle.

Peut-être un diagnostic rétrospectif seul sera-t-il possible. Nous serions porté à croire que dans les cas bien observés où le traitement par l'expression de Chassaignac-Budin réussit, on avait une galactophoro-mastite ; dans les cas où le traitement échoue, on avait un phlegmon du sein le plus souvent. Nous disons le plus souvent, car une fois sur dix, la galactophorite, quoique fort bien soignée et ce dès son début, se transforme en phlegmon.

L'existence de la lymphangite, de l'adénite axillaire, de la rougeur de la peau, au moment où le malade se présente à l'examen, vient encore compliquer la question, et souvent même, malgré l'étude minutieuse des commémoratifs, la rendre insoluble.

Dans ces conditions il faut se rappeler le précepte de Delbet : « Quand on hésite il s'agit d'une mastite véritable et non d'un phlegmon superficiel ».

Le diagnostic du phlegmon rétro-mammaire se fait facilement d'après ses signes habituels d'ailleurs très caractéristiques.

CHAPITRE VII

Traitement.

De cet exposé il résulte que pour la formation d'un abcès du sein, il a fallu une infection endogène ou exogène de la glande mammaire, à laquelle s'est ajoutée le plus souvent la stagnation du lait. Par leur présence presque constante les crevasses ont fourni à l'agent infectieux des moyens de se développer aisément. Un diagnostic trop tardif et l'échec du traitement institué a permis à l'inflammation de progresser au point de léser les canaux galactophores, les acini, et de donner naissance à un abcès du sein.

Dans notre traitement il faudra donc essayer d'obvier à ces divers inconvénients.

Empêcher l'infection, la stagnation du lait, les crevasses de se produire sera le traitement prophylactique.

L'infection canaliculaire réalisée, il faudra essayer de la limiter à la glande elle-même, d'éviter l'envahissement du tissu inter et péri-mammaire ; ce sera là le traitement abortif des abcès du sein.

L'abcès une fois formé il faudra lui appliquer un traitement curatif.

§ 1. — Traitement prophylactique.

Comment empêcher la formation des crevasses ? Il faut

conserver pour cela l'épiderme du mamelon et de l'aréole absolument intact.

Pour Marx, du coton sur la mamelle, la suppression du corset, l'oubli de l'existence du sein, tels sont les soins suffisants à prévenir les crevasses.

La majorité des auteurs, Pingat, Monnier, Demelin, etc., proposent — et nous partageons leur avis — de masser modérément le mamelon, de le lotionner avec de l'eau alcoolisée de plus en plus chargée, et cela dans les deux dernières semaines qui précèdent l'accouchement. On forme ainsi le mamelon, la succion en est facilitée, ce qui a une grande importance dans les cas de conformation vicieuse de cet organe.

La femme a accouché. Outre le grand bain donné au début du travail, on fait après la délivrance des lotions savonneuses du sein. Nous rappelant les faits signalés par Galippe et Berthus, nous recommandons de faire ces lotions avec la plus grande douceur.

Dès la première tétée — qui doit être faite 10 heures après l'accouchement — il faudra étendre sur les seins des compresses imbibées d'une solution de bichlorure de Hg à 20 centigrammes pour 1000 ; recouvrir le tout avec du taffetas gommé. Au moment où la mère voudra donner le sein, elle lavera le mamelon avec de l'eau boriquée ou une solution de chlorure de sodium.

Ces lavages antiseptiques doivent être continués pendant deux semaines ; dans la suite de l'allaitement des lavages simples suffisent.

Telle est, d'après Demelin, la conduite tenue dans le service du professeur Tarnier, service dans lequel les abcès

du sein ont totalement disparu, grâce à ces prudentes mesures.

Dans tous les services d'accouchement, des mesures analogues sont prises, variant uniquement dans le choix de la substance antiseptique. C'est ainsi que le professeur Pinard emploie l'acide borique à 3 0/0.

Les crevasses sont apparues. Chaque auteur recommande un onguent, une pommade qui guérit. Marx vante les effets de l'ichtyol à 25 0/0 ; Molinier le gaïacol ; d'autres auteurs ont recours à la cautérisation au nitrate d'argent. En un mot il n'est guère de substance astringente qui n'ait été employée et n'ait donné de bons résultats.

Demelin se préoccupant surtout de la douleur produite par les crevasses au moment de la tétée, les fait recouvrir de coton imbibé d'une solution de cocaïne à 5 ou 10 0/0. Pour nous il faut surtout à ce moment redoubler de soins de propreté, ne permettre qu'un allaitement régulier, le suspendre momentanément s'il est nécessaire, et les gerçures disparaissent rapidement.

Alors seulement que les crevasses sont profondes, Demelin a recours à la têterelle pour continuer l'allaitement. Nous recommandons la têterelle chaque fois qu'il existera une crevasse, aussi superficielle soit-elle. Eviter le contact de la bouche de l'enfant avec cette érosion est encore le moyen le plus sûr d'éviter toute inoculation.

Pour éloigner l'infection endogène, nous ne saurions trop recommander à la mère une propreté minutieuse.

Contre l'infection d'origine exogène, nous lavons la bouche de l'enfant avant et après chaque tétée avec de l'eau boriquée ; nous évitons tout contact entre un œil atteint

d'ophtalmie purulente, une main sur laquelle se trouve un panaris et le sein ; nous cherchons à obtenir de l'entourage de la malade une asepsie complète.

Enfin pour obvier à la stagnation du lait, nous vidons régulièrement le sein soit par des têtées, soit par des manœuvres d'expression faites à intervalles convenables, environ toutes les deux ou trois heures.

En s'entourant de toutes ces précautions, on arrive à réaliser amplement ces lignes écrites par Delbet dans le traité de chirurgie : « Il n'est pas douteux que par des soins rationnels on puisse arriver sinon à supprimer, du moins à diminuer grandement le nombre de mastites puerpérales ».

§ 2. — **Traitement abortif.**

Parfois, malgré tous ces soins, ou le plus souvent à cause de leur oubli, l'enfant maigrit sans cause connue, la température de l'accouchée s'élève, l'infection s'est produite, la galactophoro-mastite s'est installée.

Quel traitement faut-il instituer ?

Les auteurs américains Davis, Ely, etc., recommandent la compression et le repos de la glande. Ajoutons de la glace, des compresses belladonnées sur le sein, une purgation et voilà qui suffit pour n'avoir recours au bistouri, sinon jamais, du moins fort peu souvent.

Mais le seul traitement à instituer en pareille occurrence est celui dont ils ne font nulle mention, c'est-à-dire le traitement trouvé par Chassaignac et appliqué systématiquement par notre maître Budin. Ce traitement consiste es-

sentiellement dans l'expression manuelle du sein faite de la base à la périphérie et répétée plusieurs fois dans la journée. Voici d'ailleurs le manuel opératoire tel qu'il est exposé dans la thèse d'Arbel :

« Le pouce et l'index sont appliqués sur le sein à une certaine distance du mamelon, près de la circonférence de l'aréole. On appuie d'abord d'avant en arrière, de la surface vers les parties profondes ; puis tout en continuant à presser on rapproche les doigts jusqu'à la base du mamelon et ce dernier est lui-même comprimé d'arrière en avant. De la sorte, les substances contenues dans la partie ampullaire des canaux galactophores sont refoulées par la pression vers la partie rétrécie qui chemine dans l'intérieur du mamelon et aboutit à l'extérieur ; on réussit ainsi à les amener au dehors. S'il n'y a qu'une petite quantité de pus, on la voit sortir sous la forme de filaments grisâtres, s'échappant par l'extrémité du canal galactophore ; il forme comme un petit ver plus ou moins isolé au milieu du liquide séreux qui s'écoule par les conduits voisins : une fois l'orifice du canal désobstrué pour ainsi dire, la matière purulente est exprimée un peu plus facilement. Il ne faut pas oublier de prolonger l'expression du sein jusqu'à ce qu'on ait fait sortir quelques gouttes de pus. Si celui-ci sort en abondance dès le commencement, il faut autant que possible évacuer la totalité du pus. C'est à cette condition que l'on obtiendra un résultat. Dans certains cas il est même utile de faire l'expression du sein deux fois par jour. Après l'opération on lavera soigneusement le mamelon avec de l'eau boriquée et on appliquera un bandage compressif qui maintiendra le sein relevé ».

M. Legroux a modifié légèrement le manuel opératoire de façon à rendre l'opération plus facile à supporter pour la malade.

« Voici comment on opère : une ventouse surmontée d'un ajutage est appliquée sur le sein malade de façon à faire saillir le mamelon dans l'intérieur de la ventouse ; on fait le vide au moyen d'une petite pompe aspirante qui entre à frottement doux dans l'ajutage de la ventouse. Après le premier coup de piston, le lait ou le pus jaillit dans la ventouse. Il faut avoir soin alors de séparer la pompe de la ventouse pour permettre à l'air de pénétrer à nouveau dans celle-ci. Si l'on ne prenait pas cette précaution, il se produirait le même phénomène que lors d'une application de ventouse. Une ecchymose se produirait sur le mamelon qui deviendrait aussitôt le siège d'une forte douleur.

Au contraire, en prenant la précaution de laisser la pression extérieure se rétablir après chaque coup de piston, on imite la succion de l'enfant avec cette différence que l'aspiration est plus forte et plus soutenue. De cette façon on évite complètement de meurtrir le sein ».

Par cette méthode on obtient des résultats remarquables ; 9 fois sur 10, dans l'espace de quelques jours, la température est tombée, la douleur, la pesanteur dans le sein ont disparu, la suppuration est tarie, la femme peut continuer l'allaitement interrompu.

§ 3. — Traitement curatif.

L'application des traitements prophylactique et abortif exige que l'on suive la malade quelque temps avant et après

son accouchement. Or avec de pareils soins on n'arrive pas parfois à empêcher la formation d'un phlegmon du sein ; à plus forte raison chez les femmes accouchées, qui ne seront pas constamment sous l'œil vigilant d'un médecin expérimenté, pareils faits se produiront-ils et fréquemment.

Quelle est la conduite à tenir en présence d'un phlegmon du sein ?

Nous ne sommes plus à l'époque où, l'érysipèle survenant à la suite de l'incision des mastites, Gosselin recommandait la temporisation à outrance, en sorte que les mastites s'ouvraient à l'extérieur spontanément. Aujourd'hui grâce aux antiseptiques l'apparition de l'érysipèle est très rare à la suite d'interventions sanglantes, et aussitôt l'existence de l'abcès constatée nous nous hâterons de l'ouvrir.

On est encore loin de s'entendre sur la manière d'opérer un abcès du sein et rares sont les années qui ne voient pas naître un traitement nouveau. Les difficultés sont très grandes en effet.

Il faut ménager la glande pour l'allaitement futur et par suite ne pas sectionner les canaux galactophores.

En outre, les abcès du sein sont rarement composés par une seule cavité, il y a des diverticules, des fusées purulentes un peu dans toutes les directions ; il faudra donc ouvrir largement non seulement la cavité principale mais encore les diverticules nombreux qui en rayonnent. Plus l'écoulement du pus sera large et facile et plus aussi la guérison sera rapide et sûre. Qu'un seul diverticule soit oublié et il y aura dans la suite extension de ce diverticule, apparition d'un nouvel abcès. Le but ne sera pas atteint.

Enfin il ne faut pas non plus oublier que le chirurgien, opérant sur les seins, opère sur une région qui contribue pour une large part à la beauté féminine, et que de nombreuses et profondes cicatrices évitées vaudront à l'opérateur toute la sympathie de la malade.

Toutes ces raisons rendent multiples les écueils dans le traitement des abcès du sein.

J. Bœckel se préoccupant surtout du temps si long — un cas de Velpeau dure quinze mois — parfois nécessaire à la guérison de ces abcès propose l'évidement méthodique du sein dans la mastite parenchymateuse aiguë. Pour l'exposition de son traitement et des critiques qu'il suscite nous ne pouvons mieux faire que de laisser parler Pierre Delbet.

Procédé opératoire. — Incision elliptique circonscrivant les fistules lorsqu'il y a lieu, ou bien la partie saillante du phlegmon lorsqu'il n'est pas ouvert, en respectant toutefois le mamelon si la chose est possible. Dissection rapide des deux lèvres de la plaie et extirpation avec pince et bistouri de toutes les portions malades, en allant au besoin jusque sur les côtes. Désinfection au sublimé. Réunion de la plaie par des sutures profondes alternant avec des sutures superficielles sans drainage. Pansement ouatiodoformé, laissé huit jours en place ».

Cette méthode est incontestablement intéressante ; et elle a pour elle, lorsqu'elle réussit, l'extrême rapidité de la guérison. Il y aurait cependant quelques objections à faire, si l'on voulait l'ériger en méthode générale de traitement des mastites. D'abord, je ne dis pas la gravité, mais l'étendue de l'opération est peut-être disproportionnée

avec la gravité de l'affection. En outre, cette intervention entraîne des dégâts notables, et il paraît difficile qu'elle ne laisse pas de cicatrices, de déformations plus considérables que celles qui résultent de la simple incision. Enfin, il faut toujours tenir compte, lorsqu'il s'agit de mastites puerpérales, de la possibilité, de la fréquence même des abcès multiples siégeant en des points différents de la mamelle. Faudrait-il les extirper tous successivement, ou bien, après avoir extirpé le premier, se contenter d'inciser les autres? Je crois donc que cette méthode doit être réservée aux cas où la maladie a produit des délabrements étendus et particulièrement à ceux où il existe des fistules multiples et intarissables. »

En 1892, Hache publie dans la *Revue de chirurgie* un article consacré au traitement et à la guérison rapide des abcès du sein

Pour lui, ouvrir le phlegmon au point le plus déclive afin de faciliter l'écoulement du pus est une précaution sans valeur ; il faut surtout se préoccuper de la compression, car une compression bien faite a une efficacité autrement grande que la déclivité de l'ouverture pratiquée.

L'abcès est ouvert. Va-t-on drainer. Oui et non. Hache se garde d'ailleurs de distinguer les cas où il a recours au drainage de ceux où il ne saurait l'admettre. Mais il a une tendance marquée à se passer du drainage, car dans tous les cas il supprime le drain du 4^e au 6^e jour au plus tard.

Avec un pansement renouvelé tous les 2 ou 3 jours pour permettre au sein qui diminue rapidement de volume d'être efficacement comprimé, Hache obtient la guérison dans une durée moyenne de deux semaines.

Malheureusement les observations apportées à l'appui de sa thèse sont en bien petit nombre. Quatre cas, en effet, ne suffisent pas à justifier une méthode surtout lorsque dans deux cas sur quatre les malades ont été perdues de vue dès le lendemain (obs. 4 de son mémoire) ou dès le 9^e jour (obs. 2) après l'opération.

Nous croyons d'ailleurs que la méthode de Hache n'ajoute rien au traitement classique. Est-ce la suppression rapide du drain, est-ce l'ouverture au point où le phlegmon fait saillie, est-ce la compression qui sont choses originales ?

D'ailleurs est-il bien sûr que la suppression rapide du drain soit à recommander ?

En 1894 Giuseppe Guerra, dans sa thèse inspirée par le professeur Vauchez, recommande le drainage à outrance.

Les résultats toujours excellents qu'il a observés dans le service de son maître, après incision et drainage bien menés, l'ont poussé à faire sa thèse sur ce sujet. Dans tous les cas rapportés par cet auteur la guérison complète avec cicatrices peu visibles a été obtenue en trois à quatre semaines.

Pour en finir avec une revue des traitements proposés dans ces dernières années, signalons le traitement de Weber lu devant la Société gynécologique de Chicago en 1892.

Son mémoire a pour titre : « Guérison prompte et radicale des abcès de la mamelle par un nouveau traitement post-opératoire ».

Sa méthode consiste en effet presque tout entière dans les pansements. Toutefois pour qu'elle soit applicable il faut avoir pratiqué proprement l'opération.

L'auteur ouvre les abcès « *interstitiels* » — les seuls dont il s'occupe — dès qu'il soupçonne la présence du pus. Une première précaution à prendre est de ne pas sectionner les canaux galactophores ; dès lors il recommande de faire des incisions radiales qu'il faut mener profondes, car sans cela la recherche des clapiers purulents est difficile, quelques-uns passent inaperçus et la guérison est retardée.

L'incision radiale pratiquée, Weber introduit son doigt dans le foyer purulent ouvert, et s'en servant avec « une force considérable », il cherche dans toutes les directions s'il existe des fusées purulentes, du tissu nécrosé. Un autre abcès est découvert. Est-il à plus d'un pouce de la première incision, il faut en pratiquer une deuxième en tout semblable à la première et recommencer avec son doigt dans cette nouvelle cavité les mêmes recherches que précédemment.

Parfois, cinq à sept incisions radiales sont nécessaires pour ne laisser échapper aucun foyer, aucun diverticule purulent.

Tous les foyers étant largement ouverts, Weber prend une curette tranchante et enlève complètement tous les débris, tous les tissus nécrosés.

Lavage.

Pansement. — Ce pansement consiste à bourrer tous les foyers de lanières de gaze stérilisée préalablement trempée dans une solution à un pour cent de « carbolic ». On recouvre avec une feuille de protectrice et un bandage est mis par dessus.

Ce premier pansement est refait 36 heures plus tard et de même façon.

Vingt-quatre heures après un troisième pansement est fait. Les sécrétions sont à peu près taries, des bourgeons charnus commencent à apparaître sur tous les points.

Dans ce troisième pansement, il ne faut pas bourrer les plaies avec de la gaze ; on se contente de mettre sur le sein une mince couche de gaze. Par dessus est appliquée une éponge aseptique plate, assez large pour recouvrir tout le sein, préalablement trempée dans une solution à un pour cent de « carbolic », puis essorée fortement.

Le tout est recouvert par une feuille de protective et maintenu par un bandage aussi serré que la malade pourra le supporter. Un détail important est la situation relevée du sein sous le pansement, car si le sein était comprimé dans la « position tombante », les lèvres des incisions au lieu de se rapprocher naturellement resteraient éloignées et la réunion en serait fort retardée.

Vingt-quatre heures plus tard, nouveau pansement fait avec beaucoup de légèreté et de douceur. On se contente de laver la superficie du sein, car on trouve les incisions adhérentes sur une grande partie de leur longueur, mais ces adhérences sont évidemment encore très fragiles.

Chaque jour même pansement.

Du 8^e au 10^e jour, on a une guérison complète.

Parfois cependant il peut arriver que l'on soit obligé de faire de petites autoplasties pour recouvrir les points où la cicatrice ne s'est pas bien faite.

« J'ai revu fréquemment, dit l'auteur, les seins ainsi opérés et il ne reste aucune induration et pas de traces de la maladie antérieure si ce n'est les cicatrices cutanées. »

Telle est cette méthode de traitement peut-être un peu

compliquée. Dans la discussion qui suivit la communication, cette méthode fut généralement approuvée.

On a évidemment ainsi une opération radicale, mais nous ferons remarquer avec M. Duplay que par les incisions radiales on n'évitera pas la section des canaux galactophores ; en outre les cicatrices cutanées, dans les cas un peu graves, vont être nombreuses et considérables.

En résumé il n'est pas encore d'auteur qui ait proposé un traitement par lequel les desiderata exprimés au début de ce chapitre deviennent réalités.

Le traitement de notre maître le D^r Félizet se rapproche très sensiblement de cet idéal.

Prenons un cas type de phlegmon du sein à siège dans les lobes externes et inférieurs de la glande mammaire et dans le tissu conjonctif interlobulaire environnant. Nous supposons en outre que la peau n'est pas encore amincie au point d'avoir perdu toute vitalité.

Nous faisons remarquer que l'hypothèse ainsi faite est encore la plus fréquente à se réaliser dans la pratique.

Quelle conduite allons-nous tenir ?

Instruments nécessaires. — Thermocautère, sonde cannelée pointue à une extrémité, écarteur, chalumeau, une pince à forcipressure très rarement.

Manuel opératoire. — Le champ opératoire est soigneusement aseptisé. Les poils de l'aisselle sont rasés. Le chloroforme est donné à la malade.

L'opérateur ayant pris pour ses mains les précautions antiseptiques d'usage et armé du thermocautère dessine par un pointillé la ligne d'incision, cette ligne suit le pli sous-mammaire ou bien une parallèle à ce pli à un ou deux

centimètres au-dessus, car le sein malade est fortement tendu et plus relevé qu'à l'état sain. Comme limite supérieure latérale elle ne dépasse pas le diamètre horizontal passant par le mamelon, la longueur est variable selon le volume présumé de l'abcès, d'autant plus étendue que l'abcès est plus considérable.

La ligne d'incision ainsi tracée, on accentue le pointillé en piquant plus profondément le thermocautère ; puis on rejoint peu à peu les divers points indiqués de façon à avoir une ligne d'incision non discontinue. Les écarteurs rendent béantes les lèvres de l'incision. Le thermocautère agissant de plus en plus profondément le sein se trouve peu à peu décollé de la paroi thoracique, relevé et arrive ainsi un moment où le pus s'écoule au dehors.

Au lieu d'aller par une sorte de tunnellisation sous-mammaire à la découverte de la loge du pus, on peut d'emblée pénétrer dans son intérieur. Restant toujours dans l'hypothèse faite, nous déterminons approximativement le grand axe de la partie fluctuante. A une des extrémités, nous faisons une ouverture profonde avec le thermocautère, puis nous plongeons la sonde cannelée dans l'ouverture ainsi faite. La sonde traverse facilement les tissus malades et, habilement dirigée, perce une contre-ouverture diamétralement opposée si possible à l'orifice d'entrée. Sur la sonde cannelée fortement-tirée en bas et en dehors, nous sectionnons avec le thermocautère la peau en suivant une direction curviligne à convexité inférieure.

Ces deux manuels opératoires nous conduisent également bien dans le foyer de l'infection.

Le pus est évacué, puis nous introduisons les doigts dans

la cavité. Deux cas peuvent alors se présenter : la cavité est unique, sans anfractuosités, sans diverticules, c'est le cas le plus simple.

La cavité contient des brides qui la divisent en plusieurs loges et de ces loges irradiant de petits foyers purulents. A l'aide du doigt et du thermocautère, nous sectionnons ces brides et tous les tissus nécrosés. La distinction des tissus sains et malades se fait facilement avec le doigt. Les tissus malades, en effet, se laissent largement pénétrer par le doigt avec une légère pression, les tissus sains au contraire opposent une grande résistance même à la sonde cannelée manœuvrée avec un effort considérable.

Ce fait remarqué par notre maître, nettement observé par nous dans les cas où M. Félizet a bien voulu nous laisser opérer, avait été signalé aussi par Weber.

Par ce petit travail qu'il faut faire lentement et avec un très grand soin, nous rendons intercommunicantes, les diverses logettes constituant primitivement des phlegmons isolés, nous obtenons une grande cavité unique et nous sommes ramené au premier cas.

Un grand lavage au sublimé est pratiqué.

Puis nous imbibons la plaie d'une solution de chlorure de zinc. Nous séchons et nous flambons.

Le flambage se fait à l'aide du chalumeau remplaçant le cautère de Paquelin ; nous obtenons ainsi une flamme bleue dont nous réglons le volume à volonté. La température produite est de 1500° environ.

Par le flambage nous nous proposons de détruire toutes les parties malades ou déjà mortes qui tapissent les parois anfractueuses de la cavité, siège de l'infection. Nous dé-

truisons en somme la membrane pyogénique qui, abandonnée à elle-même, fournirait une suppuration abondante et fort longue à se tarir.

Il est quelques précautions à prendre pour faire un bon flambage. Il faut d'abord que la plaie soit parfaitement sèche, car la présence d'une quantité même minime de liquide diminue la température du chalumeau au point d'empêcher toute action efficace sur les parois. A cet effet la plaie est séchée à l'aide de compresses de Boeckel, et tandis qu'une main retire la compresse, l'autre tient le chalumeau prêt à agir.

Il faut encore que le flambage soit complet c'est-à-dire porte sur toutes les parois, et c'est en cette circonstance que sont grands les bénéfices d'une large incision. Deux aides armés d'écarteurs offrent à la vue de l'opérateur successivement et par des manœuvres simples les diverses parties constituant de la cavité. Aucune anfractuosité ne doit être oubliée, c'est là une condition de bonne réussite.

La durée du flambage sera proportionnelle et au volume de la cavité et à la quantité de pus trouvée. Un temps moyen de une à deux minutes sera largement suffisant. Pratiquement le flambage est continué jusqu'au moment où toute la cavité est absolument noire carbonisée.

Un accident qu'il faut éviter soigneusement est la brûlure de la peau sur les bords de l'incision. Un peu d'attention suffit.

Le flambage terminé nous mettons de l'iodoforme dans la plaie en assez grande quantité. La flamme du chalumeau est promenée sur cet iodoforme en sorte qu'il se dé-

gage d'abondantes vapeurs violettes ; il se produit de l'iode à l'état naissant qui va imprégner les tissus environnants. Son action antiseptique, quoique faible, sera un facteur de plus contribuant à la guérison.

Cela fait nous procédons au pansement. Quatre grandes mèches de gaze iodoformée sont placées dans la plaie, deux aux extrémités de l'incision, les deux autres sur le milieu des deux côtés. La partie interne des mèches comble les diverses anfractuosités existantes, la partie externe, laissée à l'extérieur, fera, au cas de nécessité, l'office de drain. Une 5^e mèche est placée au milieu, reposant sur les précédentes, leur servant de tampon soutien, comblant le vide restant de la plaie.

Ouate hydrophile.

Ouate ordinaire. La bande est roulée en sorte que les deux lèvres de l'incision aillent l'une vers l'autre.

Tel est le manuel opératoire que nous suivons dans le traitement des abcès du sein. Il nous reste encore un détail à signaler. Presque jamais il n'est besoin de procéder à une ligature ; parfois une branche de la mammaire externe est intéressée, une seule ligature suffit toujours ; la perte de sang n'existe donc pas en toute sincérité.

Le soir de l'opération la température baisse. La malade accuse souvent une légère douleur, mais cette douleur n'amène jamais l'insomnie. D'ailleurs la mère reprend rapidement son appétit, ses couleurs, en un mot revient à la santé.

Il nous reste à nous demander quels sont les effets du flambage ? Il y a des résultats immédiats et des résultats éloignés.

Comme résultat immédiat signalons le retrait de volume de la cavité flambée. Avant le flambage nous sommes en présence d'une cavité pouvant contenir un œuf de dinde, après le flambage la cavité contiendra à peine un œuf de poule. C'est là un phénomène connu ; sous l'influence de la cuisson les chairs se ratatinent.

Nous n'insisterons pas sur l'action produite par le flambage sur les micro-organismes : il n'en est pas qui résistent à de pareilles températures.

La suppuration rapidement tarie, tel est le résultat éloigné du flambage. Tous les tissus nécrosés, malades, destinés à être la partie suppurante, sont en effet détruits, éliminés pour la plupart, d'un seul coup et dès le début par cette méthode.

D'ailleurs nous ne voudrions faire aucune hypothèse sur le mode d'action du flambage ; nous voulons seulement constater ses heureux résultats.

Que voyons-nous au moment où le premier pansement est renouvelé ?

Faisons remarquer que ce premier pansement est laissé en place une douzaine de jours, tout comme dans les cas de réunion par première intention.

Quel est l'état de la plaie ?

La sécrétion purulente a été tout entière absorbée par les mèches de gaze ; d'ailleurs on peut poser en règle à peu près absolue que la suppuration est minime.

La plaie se présente sous un aspect rouge vif, le bourgeonnement se fait activement ; parfois même les bords de la plaie ont une tendance trop rapide à la réunion ; des attouchements des bourgeons charnus au nitrate d'argent deviennent nécessaires.

Dès ce premier pansement la malade peut en général quitter l'hôpital, reprendre ses travaux. Tous les huit jours, elle vient se faire panser. Ici quelques précautions sont à prendre pour éviter soit l'entropion, soit l'ectropion des lèvres de la plaie. Un pansement fait bien à plat et compressif sera un bon moyen d'obvier à pareil inconvénient.

La guérison se fait rapide et au début de notre observation nous étions étonné de voir se combler si rapidement d'énormes cavités. Une moyenne de 1 mois $1/2$ est parfaitement suffisante pour obtenir une guérison complète.

Jamais nous n'avons observé de récurrence, ni la formation d'un nouvel abcès dans une autre région de la glande. Est-ce un résultat de notre traitement, certainement pour ce qui est de la récurrence ; pour le second point, nous n'oserions pas être aussi affirmatif.

La guérison est complète. A ce moment (et notre description est faite d'après l'observation de femmes autrefois opérées et revues récemment), quel est l'état de la région ?

La cicatrice se présente sous un aspect rouge pâle, elle est curviligne, régulière, située à la partie inférieure du sein et dès lors très peu visible. Il n'existe aucun retrait de la peau à son niveau. A la palpation elle est souple. Dans le reste de la glande on ne constate pas en général de partie indurée, ce que nous expliquerions volontiers par la destruction totale à l'aide du flambage des régions malades qui, persistantes, doivent plus tard agir comme épine irritative.

Enfin il arrive que le sein opéré est bien moins tombant que l'autre. En définitive la beauté de la région est presque entièrement conservée.

Telle est la méthode idéale de notre traitement. Malheureusement tous les abcès du sein ne siègent pas dans les lobes inférieurs externes ou internes ; et en outre les femmes arrivent souvent avec l'abcès déjà ouvert, avec des fistules.

Nous sommes dès lors obligé de modifier le manuel opératoire en ce qui concerne le siège de l'incision. Il est évident que toujours nous utiliserons les orifices fistuleux existants.

Chaque cas comportera son incision et à ce sujet nous renvoyons aux observations ; mais chaque fois que le siège de l'abcès le permettra, l'incision sera faite dans le pli sous-mammaire, le sein décollé pour ainsi dire, relevé et l'abcès ouvert par sa partie profonde. Toujours le mamelon et l'aréole seront laissés intacts.

Par cette méthode on obtient la large ouverture de toutes les cavités phlegmoneuses avec un écoulement facile pour l'évacuation du pus dont la formation est d'ailleurs singulièrement entravée par le flambage.

Esthétiquement, on obtient une cicatrice bien placée puisqu'elle est cachée et qui contribue à tenir le sein relevé.

Enfin dernier point, que devient la glande pour l'allaitement futur ?

Il semble *a priori* que par cette méthode les délabrements doivent être considérables, que la lactation doive être compromise dans l'avenir. Notre maître le D^r Félizet a eu l'oc-

casion de revoir ses anciennes opérées après un nouvel accouchement, toutes allaitaient des deux seins. Tous les raisonnements *a priori* tombent devant pareille constatation.

Les trois desiderata énoncés au début de ce chapitre se trouvent donc réalisés dans la majorité des cas par le traitement que nous préconisons.

OBSERVATIONS

Les observations suivantes sont toutes inédites. Elles ont été prises dans le service du Dr Félizet. Mes remerciements à M. Branca, interne du service, et à M. Mermier, externe du service, pour les observations qu'ils ont bien voulu mettre à ma disposition.

OBSERVATION I.

Abcès du sein gauche.

Eugénie J..., 19 ans, accouche pour la première fois le 29 novembre 1893. Nourrit elle-même son enfant. Dès le début de l'allaitement des crevasses apparaissent sur le mamelon gauche. Peu après la malade éprouve de la douleur dans le sein gauche. Fièvre. Malaise général.

La patiente est examinée le 24 décembre.

Le sein gauche est enflammé dans sa partie inférieure et externe. La rougeur et le gonflement s'étendent jusqu'à un centimètre au-dessus du mamelon. En dedans de l'aréole et un peu au-dessous existe un point fluctuant. L'abcès tend à s'ouvrir à ce niveau.

Il y a un gros ganglion axillaire.

Incision transversale curviligne à deux centimètres du pli sous-mammaire faite au thermocautère. Longueur de 8 centimètres.

Écoulement de 150 grammes de pus environ. Sous l'a-réole est un petit foyer distinct que l'on vide avec soin.

Toilette au chlorure de zinc.

Flambage de la cavité.

Pansement iodoformé.

Pansement renouvelé le 7 janvier. Peu de suppuration.

La malade sort de l'hôpital et va se faire panser tous les huit à dix jours à la consultation.

OBSERVATION II.

Vaste abcès du sein droit.

Marie D..., 20 ans, accouche de son premier enfant en juillet 1894. Nourrit elle-même.

En mai 1895, la malade a des crevasses au mamelon droit. Elle continue à nourrir et ne prend aucun soin. Sous peu douleur apparaît dans le sein.

Le 12 *juin* la malade se présente avec un abcès manifestement fluctuant siégeant dans la portion inférieure et externe du sein droit.

Le 14, ouverture au thermocautère.

Chlorure de zinc. Flambage de la cavité dans laquelle on fait dégager de l'iode à l'état naissant.

Pansement iodoformé compressif.

Le 24, le premier pansement est renouvelé. La suppuration est assez abondante.

Huit jours plus tard, nouveau pansement. La suppuration a presque totalement disparu. L'ouverture de la plaie se ferme trop rapidement ; on fait quelques attouchements au crayon de nitrate d'argent.

La femme sort complètement guérie le 31 juillet.

OBSERVATION III.

Abcès des deux seins.

Mathilde G..., 23 ans, accouche le 9 mai 1895. Nourrit elle-même son enfant. Dès le début, crevasses apparaissent sur le sein droit. Quelques jours après, les deux seins deviennent durs, douloureux. Symptômes généraux et troubles digestifs assez accentués.

Le 14 juin, la malade présente un sein gauche fluctuant en bas et en dehors.

A ce moment, le sein droit présente des noyaux indurés. On fait un pansement compressif à droite.

Le 15, ouverture de l'abcès du côté gauche au thermocautère. Chlorure de zinc.

Flambage de la cavité dans laquelle on fait dégager de l'iode à l'état naissant.

Pansement iodoformé compressif.

Les jours suivants, le sein droit devient fluctuant dans sa portion inférieure et externe.

Le 27, on intervient sur le sein gauche comme précédemment sur le sein droit.

Pansement renouvelé tous les 8 jours.

Le dernier pansement du côté gauche est fait le 24 juillet.

Le 31 juillet, la malade sort parfaitement guérie des deux côtés.

OBSERVATION IV.

Abcès du sein droit.

Mme L..., 31 ans, accouche de son 6^e enfant le 7 mai

1895. Jamais d'abcès, ni de crevasses dans les allaitements précédents.

Dix jours après la naissance du dernier enfant, des crevasses apparaissent sur le mamelon droit.

Le 29 *mai*, on constate l'existence d'un abcès nettement fluctuant dans la partie inféro-externe du sein droit.

Pas de ganglions axillaires.

Le 31, ouverture de l'abcès au thermocautère. Chlorure de zinc.

Flambage de la cavité dans laquelle on fait dégager de l'iode à l'état naissant. Pansement iodoformé compressif.

Pansement renouvelé le 10 juin. Puis pansements tous les 8 jours. Fin juin, la plaie est toute petite. Attouchements des bourgeons charnus au nitrate d'argent.

Dernier pansement le 15 juillet.

OBSERVATION V.

Abcès du sein gauche.

Mme L..., 21 ans, a eu deux enfants. Le dernier est âgé de 6 mois et demi.

Le 25 mai 1895 des crevasses apparaissent sur le mamelon gauche.

Le 9 juin on constate que la partie inféro-externe du sein gauche est rouge et fluctuante. Pas de ganglions axillaires.

On ouvre au thermocautère. Chlorure de zinc. Flambage de la cavité dans laquelle on fait dégager de l'iode à l'état naissant. Pansement iodoformé compressif.

Pansement renouvelé le 20 juin. Presque plus du tout de suppuration.

Pansement tous les 15 jours.
Dernier pansement le 27 juillet.

OBSERVATION VI.

Abcès du sein droit.

Mme H..., 33 ans, a eu 5 enfants. Le dernier enfant est âgé de 4 mois et demi. Il a de l'impetigo.

Crevasses sur le mamelon droit apparaissent dans la première quinzaine de mai 1895.

La malade arrive à l'hôpital le 6 juin avec un gros abcès fluctuant dans la partie inféro-externe du sein droit.

Opération au thermocautère. Chlorure de zinc. Flambage de la cavité dans laquelle on fait dégager de l'iode à l'état naissant. Pansement iodoformé compressif.

Pansement renouvelé le 24 juin. Suppuration peu abondante.

Pansements tous les huit jours.

Fin juillet guérison complète.

OBSERVATION VII.

Abcès du sein droit.

Mathurine C..., 27 ans, primipare. Quinze jours après la naissance de l'enfant la jeune femme commence à souffrir du sein droit. Pas de crevasses.

Le sein grossit sur sa face interne, l'abcès se vide seul, donne un grand verre de pus et guérit rapidement.

L'enfant a toujours continué à téter.

Peu de jours après la guérison de cet abcès la douleur

reparaît au-dessous du mamelon du même côté ; le sein devient gros et très douloureux. Insomnie.

La malade entre à l'hôpital le 1^{er} mai. A l'examen on constate une tumeur grosse comme un œuf de poule au-dessous du mamelon. A cet endroit la peau est rouge, ulcérée et laisse s'écouler un pus verdâtre.

Pansement humide et compression.

Le 3 mai on ouvre au thermocautère suivant 2 lignes situées à la partie inférieure du sein formant un angle ouvert en haut et en dehors et utilisant le point perforé. Il s'écoule environ 120 grammes de pus mélangé de sang et de lait. Avec les doigts on débride, on enlève tous les tissus ramollis.

Chlorure de zinc. Flambage de la cavité dans laquelle on fait dégager de l'iode à l'état naissant.

Pansement iodoformé compressif.

Pansement renouvelé le 21 mai. La plaie a fort bon aspect. Sa profondeur a beaucoup diminué. Suppuration à peu près disparue.

Le 25 mai la malade sort et vient se faire panser à la consultation tous les huit jours.

Guérison complète le 15 juin.

OBSERVATION VIII.

Vaste abcès du sein droit.

Anne G..., 46 ans, tertipare. Dès le début de l'allaitement des crevasses apparaissent sur le mamelon. Se présente à l'hôpital 15 jours après environ.

On trouve un sein œdémateux, rouge, fluctuant à sa partie inféro-externe.

Pas de ganglions axillaires.

Opération le 15 juillet 1893. Incision en bas et en dehors de 7 centimètres.

Chlorure de zinc. Flambage.

Pansement iodoformé compressif.

Pansement renouvelé le 27 juillet, jour où la malade sort.

Va se faire panser à la consultation.

OBSERVATION IX.

Abcès du sein droit.

Hélène F..., 25 ans. Renseignements manquent.

Arrive avec un tout petit point fluctuant au-dessous du mamelon. Toute la partie inférieure du sein est rouge et empâtée.

Le 18 septembre 1893, opération. Grande incision au thermocautère dans la partie inférieure du sein. Ecoulement d'une énorme quantité de pus. On constate l'existence de plusieurs grandes loges de pus que l'on ouvre successivement de façon à n'avoir en définitive qu'une seule cavité.

Chlorure de zinc. Flambage.

Pansement iodoformé compressif.

Pansement renouvelé le 27 septembre. Ce jour-là, la malade sort ; elle vient se faire panser à la consultation.

Guérison complète fin octobre.

OBSERVATION X.

Abcès du sein droit.

Anna M.... nourrit son enfant. Pas de crevasses. Quinze

jours après son accouchement la douleur dans le sein droit apparaît. Ne se fait pas soigner. Un mois après le début de la douleur l'abcès s'ouvre à la partie inféro-externe du sein droit.

Le 30 janvier, opération. On introduit la sonde cannelée dans l'orifice déjà formé et on la fait sortir par une contre-ouverture. On incise la peau sur la sonde cannelée entre ces deux orifices à l'aide du thermocautère. Avec les doigts on enlève tous les tissus qui se laissent facilement dilacérer.

Chlorure de zinc. Flambage.

Pansement iodoformé compressif.

Pansement renouvelé le 12 février. Suppuration peu abondante.

Pansements tous les huit jours.

Sort à peu près complètement guérie le 18 février.

OBSERVATION XI.

Abcès du sein gauche.

Camille J..., 17 ans 1/2, primipare. Quatre jours après son accouchement, crevasses apparaissent sur le mamelon gauche. Reste pendant trois semaines sans aucun soin.

Entre à l'hôpital le 1^{er} février 1893. Le sein gauche est empâté, rouge dans sa moitié inférieure. La fluctuation est peu manifeste.

Opération au thermocautère. Chlorure de zinc. Flambage. Pansement iodoformé compressif.

Fort peu de pus est obtenu par l'incision.

La malade sort le 4 février. Va se faire panser à la consultation.

OBSERVATION XII.

Abcès du sein droit.

Clémence L..., 27 ans. Quatre jours après son accouchement crevasses au mamelon droit. A la suite survient un abcès à marche rapide, car en huit jours s'ouvre au-dessous du mamelon.

Le 8 février 1893 opération. On utilise l'orifice déjà existant comme point d'origine de l'incision faite au thermocautère. Dilacération de quelques brides avec les doigts. 180 grammes environ de pus s'écoulent.

On sectionne au thermocautère trois points de tissu séparant des diverticules.

Chlorure de zinc. Flambage. Pansement iodoformé compressif.

Le 15, le pansement est renouvelé. Fort peu de suppuration. La malade sort le jour même ; sera pansée à la consultation.

OBSERVATION XIII.

Abcès du sein gauche.

Marie M..., 35 ans, secondipare. Pas d'abcès au sein antérieur. Second accouchement le 16 avril 1893. Quelques jours après crevasses sur mamelon gauche. Ne se soigne pas.

Entre le 7 juin à l'hôpital. Le sein est gros, rouge, oedémateux, douloureux dans la moitié inférieure.

Ganglions axillaires.

Cataplasmes permanents. OEdème disparaît.

Opération le 10 juin. Incision au thermocautère, chlorure de zinc. Flambage.

Les détails manquent pour la suite de l'observation.

OBSERVATION XIV.

Abcès des deux seins.

Mauricienne S... accouche le 13 février 1893. Elle a déjà eu 4 autres couches sans avoir jamais d'abcès. Pas de crevasses à aucun des deux seins. Peu après son accouchement, douleur dans les deux seins ; c'est le sein droit qui a été le premier douloureux.

Entre le 8 mars à l'hôpital. On constate un gros abcès au-dessus du mamelon à droite ; la glande en entier est dure au toucher. Ganglions axillaires.

A gauche, l'abcès est moins volumineux ; il occupe la partie antéro-inférieure. Pas de ganglions axillaires à gauche.

La malade souffre beaucoup.

Opération le 9 mars. Incision des deux abcès au thermocautère. Il sort une grande quantité de pus mélangé de sang. Chlorure de zinc. Flambage.

Pansement iodoformé compressif.

Le 10 mars, la malade est bien soulagée, a bien dormi la nuit ; le pansement n'est nullement sali.

Le 13, on renouvelle le pansement. La suppuration est relativement peu abondante.

Le 25, à droite, il se fait un nouveau petit abcès immédiatement en dedans du précédent. Incision au thermocautère. Lavage. Pas de fièvre.

Le 30, la malade est en assez bon état pour sortir. Les plaies bourgeonnent activement.

Sera pansée à la consultation. La guérison fut rapide (la date exacte n'est pas mentionnée dans l'observation).

OBSERVATION XV.

Abcès du sein gauche.

Marie M..., 17 ans, primipare. Accouche le 25 décembre 1895. Les jours suivants fièvre, frissons, perte de l'appétit ; en même temps pertes blanches très abondantes.

Pas de crevasses.

Vers le 7 février, une légère grosseur apparaît au sein gauche. Peu de douleur. Entre à l'hôpital le 13 février. Abcès fait saillie à la partie inféro-externe du sein gauche. La peau fortement tendue est violacée.

Pas d'adénite axillaire.

Opération le 14 février. Large incision au thermocautère à la partie inférieure et externe du sein gauche.

On enlève des débris avec les doigts.

Chlorure de zinc. Flambage de la cavité dans laquelle on fait dégager de l'iode à l'état naissant.

Pansement iodoformé compressif.

Sortie complètement guérie le 15 mars.

OBSERVATION XVI.

Abcès du sein droit.

Antoinette B..., 25 ans. Pas de renseignements sur les commémoratifs.

Entre à l'hôpital le 5 janvier 1895 avec un abcès du sein volumineux siégeant à la partie inféro-interne du sein droit. Incision le 6 janvier au thermocautère. On trouve une cavité à parois bien limitées sans prolongements.

Chlorure de zinc. Flambage. Pansement iodoformé compressif.

Le 10 février la plaie bourgeonnait activement ; la guérison était proche.

OBSERVATION XVII.

Abcès du sein gauche (Sans flambage).

Eugénie St-A... (6 enfants), 27 ans. Pas de crevasses. Douleur dans le sein gauche 10 jours après l'accouchement c'est-à-dire le 21 janvier 1893.

Entre à l'hôpital le 12 février. On constate un vaste abcès de la moitié interne du sein gauche.

Incision au thermocautère. Chlorure de zinc. Pas de flambage, car le chalumeau ne fonctionnait pas.

Le 15 février le pansement est renouvelé. Il y a notablement plus de pus que dans les cas analogues où le flambage a eu lieu.

En outre on constate l'existence commençante d'un autre petit abcès siégeant au-dessus du mamelon.

Incision. Lavage au sublimé. Chlorure de zinc. Iodoforme.

Le 18, le bourgeonnement des plaies est actif. La malade sort. Sera pansée à la consultation (La date de sa guérison manque).

OBSERVATION XVIII.

Abcès du sein gauche.

Catherine L..., 24 ans, secondipare. Pas d'abcès du sein antérieur. Accouche le 30 janvier 1893. Pas de crevasses.

Entre le 7 mars à l'hôpital. On constate dans le sein gauche un abcès à deux loges, une siégeant au-dessous du mamelon, l'autre siégeant à la partie supérieure et externe du sein.

Pas de ganglions axillaires.

Le 8 mars opération. Avec le thermo cautère on fait une ponction à la partie déclive de l'abcès. Par cet orifice on introduit la sonde cannelée que l'on fait ressortir au voisinage et en dehors du mamelon. On incise la peau par la sonde cannelée.

Avec les doigts on énuclée tous les tissus nécrosés. Il s'écoule environ 100 grammes de pus. Chlorure de zinc. Flambage.

Pansement iodoformé compressif.

Pansements suivants permettent de constater la présence d'une minime quantité de pus.

La malade est en assez bon état pour sortir le 13 mars. Sera pansée à la consultation.

Guérison rapide.

OBSERVATION XIX.

Abcès du sein gauche.

Madeleine P..., 20 ans, secondipare. Accouche le 17 mars 1893. Quelques jours après, crevasses au mame-

lon gauche. Après de vives souffrances entre à l'hôpital le 10 avril. Le sein gauche en entier est rouge, volumineux, œdédiatié. La fluctuation est manifeste tout autour de l'aréole.

Le 11 *avril*, large ouverture du sein au thermocautère par 2 grandes incisions faites au-dessous et de chaque côté de l'aréole qui est ainsi respectée.

Enfin une 3^e incision verticale est faite sur la partie inférieure. Avec les doigts on dilacère et on enlève tous les tissus n'opposant pas de résistance.

Chlorure de zinc. Flambage. Pansement iodoformé compressif.

Le 20, nouveau pansement. La malade sort. Vient se faire panser à la consultation. On put constater un bourgeonnement fort actif qui rendit la guérison rapide.

OBSERVATION XX.

Abcès du sein droit.

Aline F..., 24 ans, primipare. Accouche le 19 mars 1893. Deux jours après, crevasses sur les 2 mamelons. Continue à nourrir son enfant. Entre le 20 avril à l'hôpital. Le sein droit est gros, douloureux. Il y a de la fluctuation tout autour du mamelon.

Ganglions axillaires.

Rien au sein gauche.

Opération le 21 avril. Avec le thermocautère on fait une incision de 8 centimètres partant de la périphérie de l'aréole et se dirigeant en bas et en dehors. Il s'écoule 200 gr. de pus.

Dilacération avec le doigt. Chlorure de zinc. Flambage. Pansement iodoformé compressif.

Pansement renouvelé le 27 avril. La malade sort. Viendra se faire panser à la consultation.

OBSERVATION XXI.

Vaste abcès du sein droit.

Antoinette M..., 18 ans, primipare. Accouche le 20 novembre 1893. Nourrit son enfant. Quelques jours après l'accouchement des crevasses sur le mamelon droit l'obligent à suspendre l'allaitement. Rien à l'autre sein.

Entre à l'hôpital le 14 décembre.

On constate que l'abcès s'est ouvert par une ouverture grande comme une pièce de cinquante centimes et siégeant dans la moitié supérieure de l'aréole. Du pus en grande quantité s'en est écoulé.

Tout le sein est dur et douloureux à la pression. Ganglions axillaires.

Le 16 décembre on fait une grande incision verticale de toute la hauteur du sein, le mamelon et l'aréole sont, par exception, intéressés. Evacuation de 180 grammes de pus. Dans le sein on trouve dans toutes les directions de nombreux diverticules. Destruction au thermocautère des ponts de tissu séparant ces diverticules.

Ligature d'une artériole.

Chlorure de zinc. Flambage. Pansement iodoformé compressif. Le 26 décembre le pansement est renouvelé.

La malade est en assez bon état pour quitter l'hôpital. Vient se faire panser à la consultation.

La cavité se comble très rapidement.

OBSERVATION XXII.

Abcès du sein gauche.

Victorine D..., 29 ans, secondipare. Quatre mois après son accouchement douleur dans le sein gauche qui va toujours en augmentant. Pas de crevasses.

Entre à l'hôpital le 23 novembre 1893, quinze jours après le début de la maladie. Le sein est induré dans la moitié supérieure. Pas de fluctuation. Rougeur, gros ganglions axillaires.

Le 24 novembre, incision externe de 6 centimètres s'arrêtant à l'aréole. Pus évacué. Une seule cavité.

Chlorure de zinc. Flambage.

Pansement iodoformé compressif.

Le 11 décembre, pansement renouvelé. Presque pas de suppuration, simple suintement. La malade sort.

Viendra se faire panser à la consultation.

Guérison rapide.

OBSERVATION XXIII.

Abcès du sein droit.

Louise E..., 20 ans, primipare, accouche le 22 septembre 1893. Nourrit son enfant avec le sein gauche seulement, car dès qu'elle eut essayé de donner le sein droit des crevasses apparurent. Pendant 15 jours douleurs dans le sein droit. Entre à l'hôpital le 24 octobre avec un abcès de tout le sein droit. Cet abcès a déjà été ouvert insuffisamment en ville.

Le 25 octobre, incision transversale au-dessous et de chaque côté du mamelon. Chlorure de zinc.

Flambage. Pansement iodoformé compressif. Peu de suppuration consécutive. Le 16 novembre guérison très avancée.

OBSERVATION XXIV.

Abcès du sein droit.

Suzanne L..., 29 ans, secondipare. Abcès du sein gauche à son premier accouchement. Deuxième enfant le 11 octobre 1893. Après 3 semaines de lactation, crevasses au sein droit.

Entre le 31 octobre, avec abcès du sein droit (siège pas indiqué).

Ouvert. Chlorure de zinc. Flambage. Pansement iodoformé compressif. Guérison très rapide, car le 12 novembre sort tout à fait guérie.

OBSERVATION XXV.

Abcès du sein gauche.

Georgette M..., 25 ans, secondipare. Accouche pour la 2^e fois le 26 juin 1893. Quelques jours après, crevasses sur le mamelon gauche.

Entre le 19 juillet. Abcès volumineux du sein gauche (siège pas indiqué).

Le 21, incision au thermocautère. Evacuation de 100 gr. de pus. Chlorure de zinc. Flambage.

Le 27, peu de suppuration ; la malade viendra se faire panser à la consultation.

Guérison rapide.

OBSERVATION XXVI.

Abcès du sein gauche.

Eugénie B..., 19 ans, primipare. Accouche le 11 juin 1893. Crevasses sur le mamelon gauche dès le début de la lactation. Entre le 29 juin avec un abcès du sein gauche, ouvert le 28 juin spontanément au-dessus du mamelon.

Le 1^{er} juillet, agrandissement de l'orifice avec les doigts, incision verticale s'arrêtant au-dessus de l'aréole, dans la 1/2 supérieure du sein.

Chlorure de zinc. Flambage. Pansement iodoformé compressif.

La plaie bourgeonne très rapidement, car le 9 juillet la guérison est avancée.

La malade sort et viendra se faire panser à la consultation.

OBSERVATION XXVII.

Abcès du sein droit.

Augustine D..., 20 ans, primipare. Accouche le 14 mars 1893. Nourrit son enfant. Crevasses au sein droit dès le début. Aucun soin. Abcès se forme et s'ouvre le 10 mai au-dessus du mamelon. Entre à l'hôpital le 1^{er} juin. Sein gonflé, douloureux, rouge. Le gonflement s'étend jusque dans l'aisselle.

L'état général est mauvais. Etat mental bizarre.

Le 2^e juin, ouverture au thermocautère ; 2 incisions partant de l'orifice existant et allant une en bas, l'autre en dehors. On évacue une grande quantité de pus. On enlève

plusieurs portions totalement sphacélées de la glande mammaire. Chlorure de zinc. Flambage.

Le 5, un abcès est en formation dans le sein gauche qui est rouge et douloureux. L'ouverture n'est pas nécessaire.

11. — Les ganglions qui sont dans l'aisselle droite suppurent. Ouverture et flambage. On flambe à nouveau les bourgeons charnus du sein.

Plus rien dans le sein gauche.

16. — Pansement renouvelé. Peu de pus. La gaze iodoformée est simplement imprégnée. L'état général s'est fortement amélioré. La malade sort: Vient se faire panser à la consultation.

L'observation mentionne une guérison rapide, sans date fixe.

OBSERVATION XXVIII.

Abcès du sein gauche.

Jeanne B..., 25 ans. Tertipare. Pas d'abcès antérieur. Troisième accouchement le 5 novembre 1893. Nourrit son enfant. Crevasses aux deux seins dès le début de l'allaitement. Pendant 6 semaines se plaint de douleurs dans le sein gauche qui lui semble plus volumineux que le droit. Entre le 2 janvier.

Pas de rougeur. Sein douloureux et fluctuant au-dessus du mamelon. Ganglion axillaire.

3 janvier. — Incision au thermocautère partant de la partie supérieure de l'aréole et se dirigeant en haut et en dehors. Longueur 6 centimètres.

Enucléation avec le doigt des tissus ramollis.

Ligature d'une artériole.

Chlorure de zinc. Flambage prolongé.

Pansement iodoformé compressif.

La plaie se comble très rapidement, car la malade sort à peu près complètement guérie le 14 janvier 1894.

OBSERVATION XXIX.

Vaste abcès du sein droit.

Marguerite C..., 21 ans, primipare. Accouche le 29 décembre 1893. Vers le 6^e mois de la grossesse frottée pour la gale. Avant la frotte elle avait de l'eczéma des mamelons qui n'a pas disparu.

Elle cesse de nourrir son enfant après quinze jours ; elle avait des crevasses aux deux seins.

Le 17 *janvier* à l'Hôtel-Dieu, on lui ouvre un abcès de la partie externe du sein droit.

Le 20, arrive à l'hôpital. Outre l'incision déjà faite on constate sur le sein droit plusieurs orifices en dehors de l'aréole. Le pus s'écoule par ces orifices.

Le 21, on opère. On prend les fistules comme points de départ et on fait trois grandes incisions au thermocautère, l'une verticale, l'autre antérieure, la troisième postérieure. Par cette brèche on retire avec les doigts les tissus ramollis. Vers le mamelon on enlève au thermocautère une nappe de tissu glandulaire infiltrée de pus et du volume d'une grosse noix. On coupe plusieurs ponts séparant des loges abcédées.

Chlorure de zinc. Flambage prolongé.

Pas de ligatures.

Pansement iodoformé compressif.

L'observation porte : « Peu de suppuration, suites simples, guérison rapide ».

OBSERVATION XXX.

Abcès du sein (le côté n'est pas indiqué).

Marie B., 26 ans, primipare.

Gerçures depuis le 24 janvier 1894. Entre le 8 février. Sein énorme. Ganglions axillaires. L'abcès a déjà été ouvert au bistouri.

Le 8 février, incision au thermo-cautère. Environ 150 gr. de pus s'écoulent. Chlorure de zinc.

Flambage. Pansement iodoformé compressif.

La suppuration est assez abondante tout d'abord, puis se tarit peu à peu et assez rapidement.

OBSERVATION XXXI.

Abcès du sein gauche.

Hélène C..., 22 ans, primipare, accouche le 9 novembre 1894.

Depuis son accouchement souffre du sein gauche.

La mamelle est sensible plutôt que douloureuse et la malade a pu continuer à allaiter jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital le 2 janvier 1895,

Or depuis le 26 décembre le pus s'est frayé passage en deux endroits, sur le bord externe du sein et à la partie la plus déclive du sillon sous-mammaire.

Le 3 janvier, opération. Deux larges incisions sont pratiquées à la mamelle, une verticale sus-mamelonnaire, une

intérieure sous-mamelonnaire. Les deux incisions communiquent entr'elles par un véritable tunnel situé à 4 ou 5 centimètres sous le mamelon, tunnel dû à des fusées purulentes.

Chlorure de zinc. Flambage prolongé de la cavité dans laquelle on fait dégager de l'iode à l'état naissant.

Pansement iodoformé compressif.

Le 18, le pansement est renouvelé. La plaie est considérablement rétrécie. Il y a à peine deux cuillerées de pus. Bourgeons vivaces.

La malade sort. N'est plus revenue se faire panser.

OBSERVATION XXXII.

Abcès du sein droit.

Jeanne M..., 22 ans. Accouche pour la première fois le 5 janvier 1896. Fièvre puerpérale. Maladie dure trois semaines. Envoyée en convalescence au Vésinet pendant 15 jours. C'est là que la malade se pique au sein droit avec une épingle. Au point piqué il se forme peu à peu une grosseur et au bout de huit jours on a un abcès du sein qui s'ouvre sur le côté droit à 2 ou 3 centimètres du mamelon. Du pus en quantité, mêlé de sang, s'écoule par cette fistule. On fait un pansement humide au Vésinet. La malade continue toujours à donner le sein. L'enfant a une diarrhée intense avec selles vertes. L'opération est faite le 18 février.

Une incision unique utilisant la fistule est faite au thermocautère. Chlorure de zinc. Flambage de la cavité

dans laquelle on fait dégager de l'iode à l'état naissant.
Pansement iodoformé compressif.

La femme sort de l'hôpital ; est perdue de vue.

OBSERVATION XXXIII.

Abcès du sein gauche.

Adèle K..., 27 ans. Accouche le 10 mars 1896. Fièvre pendant les jours qui suivent la délivrance.

Au bout de cinq semaines le sein gauche est devenu volumineux, dur, douloureux. Jamais de crevasses. La malade met des cataplasmes de fécule sur son sein pendant 15 jours.

Dans la nuit du 12 mai, ouverture spontanée de l'abcès sur la partie supéro-externe du sein. Il y a un double orifice.

A son entrée le 13 mai le sein est rouge violacé.

Pas d'adénite axillaire.

Le 15 mai, opération. Incision externe dirigée en bas et utilisant les fistules. Chlorure de zinc.

Flambage de la cavité dans laquelle on fait dégager de l'iode à l'état naissant.

Le 20, premier pansement. Suppuration minime. La malade sort de l'hôpital et vient se faire panser à la consultation.

La malade est en cours de traitement. La guérison s'annonce bonne et à bref délai.

OBSERVATION XXXIV.

Abcès du sein gauche.

Mme C..., 18 ans, primipare, accouche le 18 avril 1896. Deux jours après son accouchement apparaissent des crevasses sur les deux seins. La malade continue d'allaiter pendant une dizaine de jours. Peu à peu le sein devient plus douloureux, se tuméfie, rougit.

La malade fait de la compression du sein et se purge pour faire passer le lait. Mais cela n'empêche pas l'abcès de s'ouvrir le 7 mai. La malade entre à l'hôpital le 11 mai.

Son sein gauche présente deux ouvertures dont une très petite sur la partie interne. Le sein est rouge violacé. Douleur peu accentuée.

Le 12 mai, ouverture au thermocautère. Utilisation des fistules.

Chlorure de zinc. Flambage de la cavité dans laquelle on fait dégager de l'iode à l'état naissant.

Pansement iodoformé compressif.

Le 20, pansement renouvelé. La malade est en fort bon état. Suppuration minime. Sort de l'hôpital. Est en cours de traitement à la consultation. La guérison arrive rapide.

OBSERVATION XXXV.

Abcès du sein gauche.

Marie G..., 25 ans. Entre le 28 mars avec un abcès du sein gauche, ouvert en 2 endroits à la partie supérieure.

Elle a eu des crevasses et souffre surtout depuis le

20 mars. La malade a continué d'allaiter l'enfant qui a de la diarrhée verte tenace même après l'opération.

Pas d'adénite axillaire.

Opération le 10 avril. Incision unique supérieure utilisant les 2 fistules. Evacuation d'une quantité de pus relativement abondante.

Chlorure de zinc. Flambage de la cavité dans laquelle on fait dégager de l'iode à l'état naissant. Pansement iodoformé compressif.

Le 18, pansement renouvelé. La suppuration est assez abondante. On panse tous les 8 jours. La suppuration se tarit rapidement. La malade sort le 10 mai.

A l'heure actuelle la guérison est complète.

OBSERVATION XXXVI.

Abcès du sein droit.

Marie S..., 32 ans, origine alsacienne. Les renseignements sont difficiles à obtenir.

Entre à l'hôpital le 7 mars. Elle souffre du sein depuis 8 jours; auparavant elle avait des crevasses sur le mamelon droit.

L'enfant qui a continué à téter est malingre, il a de la diarrhée.

Opération le 9 mars. On fait une petite ouverture au thermocautère, la fluctuation n'étant pas nette. Chlorure de zinc. Flambage léger. Iode à l'état naissant. Pansement iodoformé compressif.

Le 14, on renouvelle le pansement, la malade se plaignant de douleurs aiguës et lancinantes.

On constate alors de nouveaux foyers. L'incision première est agrandie au thermocautère; tous les clapiers purulents ouverts. Chlorure de zinc. Iode à l'état naissant. Pansement iodoformé compressif.

La malade, après un nouveau pansement, sort le 23 mars. Vient se faire panser à la consultation tous les huit jours.

OBSERVATION XXXVII.

Abcès du sein gauche.

Augustine H..., 21 ans. Sans domicile. Entre à l'hôpital le 3 janvier (l'année n'est pas indiquée), avec un abcès du sein gauche situé au-dessus du mamelon. Incision au thermocautère en haut et en dedans. On trouve une petite cavité bien limitée sans anfractuosités. Chlorure de zinc.

Flambage prolongé 80 à 100 secondes. Pansement iodoformé compressif.

Le traitement prend fin le 24 janvier.

OBSERVATION XXXVIII.

Abcès du sein (le côté n'est pas indiqué).

Anna M..., primipare. Entre à l'hôpital le 4 novembre avec un abcès du sein volumineux occupant la partie supérieure et interne du sein. La peau est rouge violacée; la douleur intense. Intervention le 5 novembre. Incision à la partie supérieure et déclive du sein.

Chlorure de zinc. Flambage. Pansement iodoformé compressif. Suppuration peu abondante. Guérison rapide.

OBSERVATION XXXIX.

Abcès du sein droit.

Marie S..., 24 ans. Entre à l'hôpital le 10 octobre avec un volumineux abcès du sein droit. La peau est violacée. Plusieurs points sont particulièrement douloureux à la pression.

Le 14 octobre, intervention. Chlorure de zinc. Flambage. Pansement iodoformé compressif. La guérison marche à grands pas, car la malade sortant le 6 novembre peut être considérée comme guérie.

N. B. — Par suite de fâcheuses circonstances vingt-deux observations de l'année 1893 ont été égarées. Nous avons pu retrouver seulement le nom des opérées avec les dates de leur jour d'entrée et de sortie.

CONCLUSIONS

Les causes vraiment efficaces des abcès du sein sont les agents microbiens et, le plus souvent, la stase laiteuse.

La diminution rapide et sans cause connue du poids de l'enfant est un signe précieux pour dépister la galactophorite commençante.

Le diagnostic de la galactophoro-mastite et du phlegmon du sein dans les cas que nous appelons « cas limites » ne peut pas se faire d'une façon certaine.

L'abcès classique est d'origine canaliculaire.

Les lésions sont d'abord systématiques ; elles portent en premier lieu sur les épithéliums, principalement sur l'épithélium sécréteur.

Les lésions sont plus tard diffuses ; elles intéressent le tissu conjonctif interlobaire et peuvent envahir un lobe entier et même plusieurs lobes.

L'histoire anatomique de cet abcès classique rentre dans le grand chapitre des infections tronculaires et ascendantes.

Le traitement prophylactique et le traitement de Chassaignac-Budin font diminuer considérablement le nombre des phlegmons du sein.

Le flambage permet d'obtenir une guérison sûre et relativement rapide des abcès du sein.

La ligne d'incision dans le pli sous-mammaire rend la cicatrice peu visible. La question d'esthétique est ainsi résolue.

La glande mammaire, après ce traitement, fonctionne fort bien dans les allaitements postérieurs.

Vu :

Le Président de la thèse,

DUPLAY.

Vu :

Le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Les articles indiqués d'une astérisque n'ont pu être consultés ne se trouvant pas dans les bibliothèques de Paris.

Traité classiques et dictionnaires.

Grynfeldt. — *Montpellier médical*, 16 décembre 1889.

***Horne.** — Inflammation de la mamelle et son traitement par la compression élastique. *Tr. Roy. Acad. M. Ireland*, Dublin, 1889, p. 207-212.

***Bullock.** — Traitement prophylactique des abcès du sein. *Am. Pract. and News*, Louisville, 1890, p. 99.

Vinay. — Influence de la chaleur sur les microbes. *Revue scientifique*, juin 1890.

Escherisch. — Affections bactériennes de l'estomac et de l'intestin chez les nourrissons. *Wien. Med. Presse*, 1889.

Fokker. — Sur les propriétés bactéricides du lait. *Fortschritte der Medicin*, 1890, n° 1.

Arbel. — Thèse Paris, 1890.

***Hewit.** — Traitement des abcès du sein par la compression et le repos. *Kansas. M. Cat.* Fort Scott, 1891, p. 267-269.

Macfayden. — Observations sur un bacille des mastites. *J. Anat. and Physiol.*, London, 1890-91, p. 571-577.

Pingat. — *De la prophylaxie des abcès du sein pendant la grossesse et l'allaitement*, Th. de Paris, 1891.

Duplay. — Des abcès du sein. *Progrès médical*, 1891.

Monnier. — *Pathogénie des abcès du sein post-puerpéraux*. Thèse Paris, décembre 1891.

Duplay. — Des abcès du sein. *Union médicale*, novembre 1891.

Demelin. — De la prophylaxie des abcès du sein pendant la grossesse et l'accouchement. *Revue générale de clinique*, 1891, p. 768.

Samschin. — Recherche des bacilles dans les sécrétions vaginales. *Deutsche med. Woch.*, 1891, p. 332.

A. Artemieff. — Recherche des bacilles dans les lochies des accouchées. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, XVII, 2, 1891.

Colm et Neumann. — Bactéries du lait. *Archiv. f. Patholog. Anat.*, CXXVI, 3.

Gardner. — Fièvre de lait. *Americ. J. of obst.*, août 1891.

- Varnier.** — Gerçures, lymphangites et abcès du sein chez les nourrices. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance*, Paris, 1891, liv. 257 ; 289 ; 321.
- Hache.** — Sur la guérison rapide des abcès intra-glandulaires du sein. *Revue de chirurgie*, mars 1892.
- Davis.** — Traitement prophylactique des mammites. *Ann. J. obst. N.-Y.*, 1892, p. 473-487.
- Neucki.** — Recherches chimiques sur les microbes produisant l'inflammation des glandes mammaires des vaches et des chèvres laitières. *Arch. de sc. biol. de St-Petersbourg*, 1892, p. 25-59.
- ***Hoag.** — Mastites puerpérales. *Chicago. M. Recorder*, 1892, p. 399-409.
- Ely.** — Inflammations aiguës de la mamelle. *N.-York Med. Journal*, 3 décembre 1892.
- Dornberger.** — Présence du streptocoque à l'état normal et pathologique dans la bouche de l'enfant. *lahrbuch für Kinderheilkunde*, XXXIV, p. 395-442.
- Palleske.** — Microbes du lait, 1892. *Revue des sciences médicales de Hayem*.
- Weber.** — Guérison prompte et radicale des abcès du sein. Nouveau procédé. *Am. J. obst. N.-Y.*, 1893, XXVII, p. 58-64.
- ***Wright.** — Traitement préventif des mastites. *Canad Pract.* Toronto, 1893, p. 97-101.
- Boissard.** — De la galactophorite. *Semaine médicale*, 11 octobre 1893.
- Marx.** — Les soins à donner aux mamelons dans la grossesse et après l'accouchement. *N.-Y. Med. Record*, 11 février 1893, p. 170.
- Damourette.** — *Affections des nourrissons causées par la galactophorite de la nourrice*. Thèse Paris, 1893 et *Revue des maladies de l'enfance*, janvier 1895.
- Duclaux.** — Le lait. *Études chimiques et bactériologiques*. Paris, 1894.
- ***Russey.** — Traitement des abcès du sein. *Alabama M. et S. Age*. Anniston, 1893-94, n° 1-4.
- ***Mitchell.** — Abcès du sein et leur traitement. *Kansas City M. Index*.
- Sarfert.** — Contribution à l'étude des mastites suppurées. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, Leipzig, 1893-94, XXXVIII, p. 615-620.
- Genoud.** — Thèse de Lyon, 1894.
- Guerra.** — Thèse de Genève, 1894.
- Molinier.** — Traitement des crevasses du sein par le gaïacol. *J. de méd. et de chirurgie pratique*, 10 novembre 1895.
- Charrin.** — Sur la bactériologie du lait. *Bulletin Société de biologie*, 1895.
- Brindeau.** — De la galactophorite. *Union médicale*, n° 9, février 1896.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, St-Dizier (Haute-Marne). — J. THEVENOT, Successeur.
